

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

406

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 17 Juillet 1907, à 1 heure

Par M. ANDRÉ LOMON

Né à Toulouse (Haute-Garonne), le 18 Novembre 1880.

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

LA PYOMÉTRIE DANS LE CANCER UTÉRIN

Président : M. SEGOND, Professeur.

Juges : MM. PINARD, Professeur.

LEPAGE,
PIERRE DUVAL, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	DEBOVE.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....	N...	
Physiologie.....	CH. RICHET.	
Physique médicale.....	GARIEL.	
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.	
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.	
Pathologie médicale.....	HUTINEL.	
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.	
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.	
Histologie.....	CORNIL.	
Opérations et appareils.....	N...	
Pharmacologie et Matière médicale.....	SEGOND.	
Thérapeutique.....	POUCHET.	
Hygiène.....	GILBERT.	
Médecine légale.....	CHANTEMESSE.	
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	THOINOT.	
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.	
	ROGER.	
Clinique médicale.....	HAYEM.	
	DIEULAFOY.	
	DEBOVE.	
Clinique des maladies des enfants.....	LANDOUZY.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GRANCHER.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	GAUCHER.	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.	
	RAYMOND.	
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.	
	TERRIER.	
	BERGER.	
	RECLUS.	
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE.	
Clinique des voies urinaires.....	ALBARRAN.	
Clinique d'accouchements.....	PINARD.	
	N ..	
Clinique gynécologique.....	POZZI.	
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.	
Clinique thérapeutique.....	ROBIN.	

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEPAGE.	RIEFFEL, <i>Chef des travaux anatom.</i>
BALTHAZARD	DUVAL.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRANCA.	FAURE.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOSSET.	MARION.	VAQUEZ.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
BROCA (ANDRÉ).	JEANSELME.	MERY.	
CARNOT.	LABBE.	MORESTIN.	
CLAUDE.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
CUNEO.	LAUNOIS.	PROUST.	
DEMELIN.	LEGRY.	RENON.	
DESGREZ.	LEGUEU.	RICHAUD.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Docteur Paul SEGOND

Professeur à la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR GÉRARD-MARCHAND.

Chirurgien des hôpitaux (*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LETULLE.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARTMANN.

M. LE DOCTEUR POTHERAT.

Chirurgien des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR CHEVALIER.

Chirurgien des hôpitaux (*In memoriam*).

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAUFFARD.

M. LE DOCTEUR AUVARD.

Médecin accoucheur des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR JULES RENAULT.

Médecin des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR BAZY.

Chirurgien des hôpitaux.

M. LE DOCTEUR LUYS.

M. LE DOCTEUR DECLOUX.

*Témoignage de bien vive gratitude et
de respectueux attachement.*

INTRODUCTION

Dans le cours de notre dernière année d'externat, notre maître, le docteur Bazy, chirurgien de l'hôpital Beaujon, en pratiquant une hystérectomie abdominale pour cancer du col, se trouva en présence d'un utérus augmenté de volume, ramolli et fluctuant. L'utérus ne se laissant pas attirer, il le ponctionna et évacua 200 grammes de pus. L'opération fut achevée dans les conditions les plus normales, et la malade, guérie, quitta l'hôpital au bout de trois semaines.

L'examen immédiat de la pièce montra que le col était dur, comme fibreux, et que le cathétérisme, possible de l'extérieur vers l'intérieur, était impossible en sens inverse. La distension de la cavité utérine par du pus était le résultat de cette sténose. On se trouvait en présence d'un de ces cas relativement rares de pyométrie cancéreuse.

M. Bazy voulut bien nous confier l'observation de sa malade et nous engager à rechercher les observations et les travaux publiés sur cette affection. Nous lui en sommes profondément reconnaissant, et sommes heureux de pouvoir lui témoigner ici notre bien vive gratitude.

Le but que nous nous sommes proposé est de rassembler les observations les plus intéressantes de pyométrie

cancéreuse, et de dégager de leur ensemble la physiologie anatomique et clinique de cette affection. Nous nous sommes particulièrement efforcé de mettre en évidence la pathogénie des différentes formes de pyométrie ; nous tâcherons de montrer que le pyomètre n'est pas l'apanage du cancer du col, et qu'on le rencontre aussi bien dans le cancer du corps de l'utérus.

Les mots pyomètre et pyométrie sont également employés : nous appelons pyométrie l'affection elle-même, réservant l'expression de pyomètre à la collection purulente intra-utérine qui en est la manifestation anatomique.

DÉFINITION ET HISTORIQUE.

« La pyométrie est l'accumulation, la rétention d'une certaine quantité de pus dans la cavité utérine. Cet accident est commun à divers états pathologiques de l'utérus. On peut le rencontrer dans le cancer, certains fibromes injectés, certaines sténoses cervicales, toutes les fois, en un mot, qu'un obstacle quelconque s'offre à l'évacuation des sécrétions utérines infectées » (1).

Le cancer de l'utérus, et en particulier le cancer du col, est de beaucoup sa cause la plus fréquente. Sur 13 cas de pyométrie cités par Bratoff (2), 9 fois l'affection était due à un cancer. Cette complication du cancer utérin est actuellement passée sous silence par les traités classiques de gynécologie. Ce n'est pas qu'elle n'existe plus, ainsi qu'en témoignent les observations que nous avons rassemblées. Les chirurgiens qui ont eu l'occasion d'en rencontrer dans leur pratique ne sont pas rares. Si, élargissant le cadre de la question, on recherche dans les mêmes ouvrages l'histoire clinique de la pyométrie envisagée en dehors de toute question étiologique, on constate qu'on ne lui fait guère plus d'honneur, et

(1) J.-L. FAURE. *Pratique médico-chirurgicale*. Art. Pyométrie. Paris, 1906.

(2) BRATOFF. *Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif*. Th. Nancy, 97-98, N° 26.

que si la plupart des auteurs indiquent en passant que l'hématomètre peut s'infecter et se transformer en pyomètre secondaire (1), la vraie pyométrie, affection tardive de la vieille femme qui a passé depuis longtemps la ménopause, maladie complètement différente par ses symptômes obscurs, son évolution quelquefois entièrement latente, n'est signalée que par quelques chirurgiens (2).

Cependant, sans remonter aux utérus dont le corps était distendu par une affection de nature indéterminée, signalés par Vesale, par Fabrice d'Aquapendente, par Morgagni, la distension, par des produits sanieux, du corps de l'utérus atteint de cancer du col était bien connue dès le commencement du siècle dernier. Mais le mot de pyométrie n'est pas encore employé ; à côté de l'hématométrie, on parle d'hydropisie de l'utérus ou d'hydrométrie ; il s'agit bien là de pyomètres, les descriptions ne laissent aucun doute sur la véritable nature du mal.

En 1829, Dance (3) en publie une remarquable observation. M^{me} Boivin et Dugès (4) connaissent parfaitement la pyométrie, aussi bien la pyométrie cancéreuse que la simple pyométrie sénile. Parlant des pertes du cancer, ils disent : « — Une circonstance peu connue

(1) « Avec le sang on trouve parfois du pus. L'infection est occasionnée par une ponction ou se développe spontanément. La collection suivant son siège, constitue le pyocolpos, le pyomètre ou le pyosalpinx. » (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. *Tr. Méd. Chir. de Gyn.*, Paris, 1904).

(2) Quand l'oblitération du col se produit après la ménopause, il ne survient de symptômes que si la muqueuse utérine secrète du pus ; il se produit alors une pyométrie (DELBET. *Maladies de l'utérus, Traité de Chirurgie*, de Duplay et Reclus. Paris, 1897).

(3) DANCE. *Arch. de méd.*, oct. 1829.

(4) BOIVIN et DUGÈS. *Traité des maladies de l'utérus*, Paris, 1833.

accompagne quelquefois la sécrétion abondante de ce liquide et mérite d'être ici mentionnée avec quelques détails, à cause de l'embarras qu'elle pourrait apporter dans le diagnostic, comme nous l'avons éprouvé par nous-même. Si le col participe à l'ulcération intérieure du corps, si des fongosités considérables en obstruent en partie la cavité, s'il se tuméfie accidentellement, l'humeur produite par le fond du viscère y séjourne et peut le distendre douloureusement jusqu'à ce qu'elle ait franchi l'obstacle qui la retenait » — et au chapitre de l'hydrométrie : « — Nous l'avons vu se produire passagèrement et se dissiper par les évacuations abondantes à l'occasion d'un cancer dont nous parlerons ailleurs. Nous l'avons vu aussi suivre une métrite chronique et présenter, à l'ouverture du cadavre, la cavité de la matrice pleine d'une matière puriforme en grande abondance et son orifice oblitéré par l'adhérence de ses lèvres. Presque toujours on a trouvé de même ce liquide, altéré par son mélange, avec du pus et du sang, et rarement l'utérus s'est montré simplement étendu et aminci. Le plus souvent, son tissu était parsemé de squirrhosités, d'ulcérations, de tumeurs hydatiques ou polypeuses, et son orifice tantôt obstrué par une tumeur, tantôt seulement fermé par la tuméfaction de ses bords. »

Andral, Cruvelhier (1), dans leurs *Traité*s d'anatomie pathologique, décrivent sommairement des cas de pyométrie dont ils eurent l'occasion de faire l'autopsie.

A une époque plus récente, Mat. Duncan (2), A. L. Ga-

(1) CRUVELHIER. *Anat. Patho.*, t. II, p. 859.

(2) DUNCAN (Mathews). *Trans. obst. soc. London*, vol. XXI, 1879, p. 54.

labin (1) apportent à la Société d'obstétrique de Londres des pièces et des examens histologiques de cancers utérins compliqués de pyométrie. Puis viennent, résultats de leurs opérations, les observations de Lewers (2), de Tate (3), les cas rapportés par Weiss (4), par Vautrin (5), la thèse de Bratoff, l'article de Legueu et Rebreyend (6). Enfin, l'année dernière, Récamier, dans son *Traitement du cancer utérin inopérable*, rapporte un certain nombre d'observations dont trois personnelles et inédites ; il insiste sur le traitement palliatif que l'on doit opposer à cette affection.

(1) GALABIN (A.-L.). Case of pyometra. Microscopic section of the uterine wall. *Trans. obst. soc. London*, 1880.

(2) LEWERS (Arthur). Cancer de l'utérus avec pyométrie. *Trans. obst. soc. Lond.*, XXVIII, 1896.

(3) TATE (Walter). Three cases of pyometra complicating cancer of the cervix uteri. *Trans. obst. soc. Lond.*, XXXIX, 18 oct. 1897.

(4) WEISS. *Rev. méd. de l'Est*, p. 744, 1892.

(5) VAUTRIN. *Rev. méd. de l'Est*, p. 33, 1893.

(6) LEGUEU et REBREYEND. De la pyométrie complication du cancer du col utérin. *Rev. de Gyn.*, 1899, p. 783.

ÉTIOLOGIE

Quelle est la fréquence de la pyométrie dans le cancer de l'utérus ? La seule statistique qui ait paru est celle établie par le docteur Sainclair ; elle donne un pourcentage de 6,2. On la trouve dans son article sur le cancer de l'utérus dans l'ouvrage des chirurgiens anglais Allbutt et Playfair. Elle s'appuie sur les tables d'opérations de Bürkle, résumés d'opérateurs allemands. Il a relevé, sur 273 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col, 17 cas de pyomètre (1). D'autre part, Lewers a opéré 67 cancers de l'utérus ; 57 fois il s'agissait de cancer du col. Il trouve deux exemples de pyomètre, soit 3,5 p. 100. Lee (1) en observe 5 cas, mais n'indique pas le nombre des opérations pratiquées. Tate, sur 31 hystérectomies vaginales pour cancer, dont 28 pour cancer du col, trouve 3 cas de pyométrie, soit 10,7 %. Enfin, nous relevons dans la statistique hospitalière de notre maître M. Bazy, sur 1,000 opérations pratiquées sur des femmes, 8 cancers du corps, 28 cancers du col, et parmi ces derniers 1 cas de pyométrie, soit 3,5 %. Ces résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Remarquons qu'il ne s'agit que de cas opératoires ; nul doute que le nombre des pyomètres sur la totalité

(1) Cf. TATE. *Loc. cit.* et obs. XXI, XXII, XXIII.

dès cancers de l'utérus ne soit plus considérable. La preuve n'en est-elle pas dans ce fait que Tate, averti par ses trois exemples de pyométrie, en diagnostiqua cliniquement, pourrait-on dire, un quatrième cas qu'il ne fit pas rentrer dans sa statistique, la preuve anatomique faisant défaut.

AUTEURS	CANCERS		NOMBRE de pyomètres	°/ cancers du col	MORTALITÉ opératoire
	du col.	du corps			
SAINCLAIR (d'après Bürkle)	273		17	6,2	7
TATE	28	3	3	10,7	0
LEWERS	57	10	2	3,5	0
BAZY	28	8	1	3,5	0
	386		23	6	

Par ailleurs Récamier (1), dans des conditions qui lui permettent de soigner un grand nombre de cancers inopérables, ayant atteint une période tardive de leur évolution, remarque qu'il observe très souvent des cas de pyométrie.

Si l'on excepte les chiffres donnés par Sainclair, qui ne portent que sur des cancers du col, c'est uniquement dans cette forme du cancer que ces auteurs ont trouvé des pyomètres. On n'en doit pas conclure que la pyométrie n'existe pas dans le cancer du corps. On trouvera à la fin de ce travail des observations non douteuses de cancer du corps compliqués de pyométrie (observations

(1) RÉCAMIER (J). *Traitement du cancer utérin inopérable*. Paris, 1905.

IV, VII, XI, XVIII, XXVII et XXVIII), mais la fréquence moindre du cancer du corps explique que cette forme de pyométrie soit plus rare. Sur 27 observations de pyométrie cancéreuse, 19 sont dues au cancer du col, 8 succèdent au cancer du corps ; ceci semblerait indiquer que le cancer du corps se complique plus souvent de pyométrie que le cancer du col.

Tous les auteurs s'accordent sur l'âge avancé des malades atteintes de pyométrie par cancer. La plupart ont plus de 60 ans, plusieurs ont plus de 70 ans ; celles qui ont moins de 60 ans sont l'exception. Ce n'est pas que le cancer soit plus fréquent à ces âges. Voici, d'après une statistique de Polaillon (1), la fréquence du cancer suivant l'âge des malades ; le maximum est de 36 à 50 ans :

20 à 25 ans,	5 cancers.
26 à 30	19 —
31 à 35	23 —
36 à 40	50 —
41 à 45	37 —
46 à 50	41 —
51 à 55	35 —
56 à 60	23 —
Au-dessus de 61 ans.....	17 —

En vain objecterait-on que ce maximum n'est qu'apparent, et que si le nombre des malades atteintes de cancer de l'utérus passé 50 ans diminue, cela tient à la raréfaction progressive des femmes qui survivent et qui en sont atteintes ; c'est le nombre absolu des femmes

(1) POLAILLON. *Maladies des femmes*. Paris, 1901.

atteintes de cancer qui importe ; or, c'est avant 50 ans qu'on voit le plus de cancers de l'utérus, et on peut dire que l'on ne rencontre de pyomètre que passé cet âge.

Toutes les malades, si l'on en excepte celle de M^{me} Boivin et Dugès, où le fait est douteux, ont passé la ménopause depuis plusieurs années, en moyenne 10 à 15 ans, quelquefois depuis 24 ans. Cela tient à plusieurs raisons : la plus importante est, comme nous le verrons en étudiant la pathogénie de l'affection, l'effet de la sclérose sénile qui envahit le col utérin ; mais nous croyons que l'on doit faire jouer un rôle à la cessation du flux menstruel qui venait une fois par mois balayer la cavité utérine et forcer les obstacles qui auraient eu tendance à se former au niveau du col. Le pyomètre se développe lentement par suite d'une distension progressive des parois utérines. Que cette distension se produise brusquement et à intervalles réguliers, comme cela a lieu avant la ménopause en cas d'oblitération du col, celle-ci, de date récente, devra céder. Si elle ne cède pas, on assistera à des accidents aigus et périodiques d'hématométrie. Comme le remarque Fritsch (1) dans les gynatrésies d'avant la ménopause, à mesure que se forme le kyste sanguin, par poussées, les douleurs augmentent.

Legueu et Rebreyend font observer que l'âge des malades démontre qu'il ne s'agit pas, comme on serait tenté de le croire *à priori*, de la rétention du sang menstruel plus ou moins altéré.

Rien de particulier n'est digne d'être relevé dans les

(1) FRITSCH. *Traité des maladies des femmes*, traduit par Stass. Paris, 1876

antécédents de ces malades. La plupart ont eu des grossesses, quelques-unes sont de grandes multipares ; les malades de Tate ont eu respectivement 7 et 9 enfants. Une autre eut 10 couches normales.

PATHOGÉNIE

« I should also like to hear the opinion of Fellows as to whether this condition is confined to cases of cancer of the cervix occurring many years *after the menopause*, when the cervix is atrophied, as my cases might lead one to infer » (W. TATE).

Deux choses caractérisent essentiellement la pyométrie : la présence de pus dans la cavité utérine, un obstacle permanent ou transitoire à son évacuation. Nous avons donc à étudier l'origine du liquide, les causes de sa rétention, le mécanisme des sténoses.

« La muqueuse du corps étant un simple filtre à diverticules nombreux, mais simples également, est tapissée d'une couche unique d'épithélium cylindrique clair et de petit volume. En outre, cette surface est desservie par un appareil vasculaire spécialement disposé. La seule sécrétion qui leur soit propre, en dehors de la sécrétion sanguine périodique des menstrues, est la filtration ou plutôt l'exhalation insignifiante de sérosité sanguine, véritable réduction de l'hémorragie menstruelle. Elle est, à l'état normal, suffisante tout au plus pour entretenir humide la cavité utérine... A l'état normal, je le répète, cette sérosité est nulle ou à peu près... »

C'est à peine si par le râclage on obtient un suc lactescent composé presque exclusivement de cellules épithéliales caduques » (Doléris) (1). Normalement, la sécrétion utérine est insuffisante pour créer, même en cas d'atrésie du col, une collection appréciable.

Fritsch (2) fait, d'autre part, remarquer que normalement la cavité utérine est privée de germes. Le vagin détruit déjà des bactéries ; le cervix, l'utérus, les trompes sont libres de bactéries. L'endroit bactéricide le plus important est le col, et on peut en quelque sorte avancer que la fonction physiologique du mucus cervical est de détruire les bactéries qui ont pénétré dans le vagin.

Mais dans le cancer de l'utérus toutes les conditions d'absence de sécrétion utérine, de défense contre l'infection, sont profondément modifiées. La tumeur produite par sa présence des troubles circulatoires, elle favorise les infections ; aussi, « dans presque tous, on pourrait dire tous les cas de cancer de l'utérus, il existe de la métrite du corps » (Delbet) (3).

On est d'accord pour reconnaître avec Ruge et Weit, Schröder, que dans les cancers de la portion externe du col il n'y a pas d'exemple de cancer simultanée du corps. Mais les atrésies cervicales dans les cas de pyomètre siègent pour ainsi dire toujours au niveau de l'orifice profond du canal cervical, et le cancer du canal cervical se propage assez souvent à la muqueuse du corps de l'utérus.

D'autre part, lorsqu'il existe un cancer du col, la mu-

(1) DOLÉRIS. *Métrites et fausses métrites*. Paris, 1902.

(2) FRITSCH. *Traité de maladie des femmes*. Traduction J. Stass.

(3) *Loc. cit.*

queuse du corps porte d'une façon constante des lésions assez considérables pour que Abel (1) ait cru à l'existence d'une *dégénérescence sarcomateuse*. Cette conclusion entraîna les protestations d'un certain nombre d'observateurs, en particulier de Saurenhaus (2) qui établit que ces lésions doivent être considérées comme des lésions inflammatoires.

Marchand (3) montre à la Société de Chirurgie (13 janvier 1892) un utérus présentant un cancer du col avec un état fongueux très marqué de la muqueuse du corps. Cet état était dû non pas à un sarcome mais à une métrite. Si nous rappelons ces faits, c'est pour établir que, quelque soit la nature de ces lésions, infiltration cancéreuse ou lésions d'inflammation banale, ces surfaces, même situées au-dessus du siège de la tumeur maligne, vont sécréter en abondance.

Dans l'examen histologique de l'utérus enlevé par M. Bazy (Obs. 1), on voit que le cancer est limité à la partie inférieure du canal cervical. A sa partie supérieure, on ne trouve pas de néoformations épithéliales, mais la muqueuse est exulcérée, enduite d'une épaisse couche de pus formée de leucocytes morts et plus ou moins altérés et d'hématies extravasées. Au-dessous existe un véritable tissu de bourgeons charnus formés de capillaires sanguins et lymphatiques extrêmement dilatés; les premiers sont en outre congestionnés. On trouve tous les symptômes d'une inflammation prolongée du canal cervical, d'une métrite suppurée ancienne accompagnée de sclérose et de lymphangite.

(1) ABEL. *Centr. für gyn.*, 1891, n° 1; *Arch. für gyn.*, Bd XXXII.

(2) SAURENHAUS. *Gesell für Geb. und gyn.*, Berlin, juillet 1888.

(3) MARCHAND. *Soc. de chir.*, 13 janvier 1892.

Au niveau du corps de l'utérus, les lésions sont les mêmes, mais encore plus accentuées.

Voyons maintenant quelle est la raison de la rétention de ces produits de sécrétion.

Il est des cas où la tumeur, habituellement un épithélioma dans la structure duquel prédominent des éléments conjonctifs, ce que les anciens cliniciens appelaient un squirrhe, forme un anneau ou un cylindre qui étreint le col et crée une sténose entièrement comparable à certaines sténoses pyloriques d'origine néoplasique. L'atrésie survient d'autant plus facilement que l'utérus, et en particulier le col, subit à partir de la ménopause une atrophie scléreuse considérable. C'est là un fait bien connu, signalé par tous les gynécologues (1). « Nous avons trouvé, dit M^{me} Boivin, chez les vieilles femmes, le museau de tanche annulé, atrophie, détruit, tantôt laissant à sa place quelques brides et un orifice en entonnoir, tantôt permettant à peine le passage d'un fil à travers son ouverture ; un degré de plus, et il était totalement fermé comme l'est si souvent l'orifice cervico-utérin dans un grand âge. Que de cette occlusion puisse résulter une hydropisie utérine, la chose n'est pas impossible ; encore faut-il que la matrice ou les trompes

(1) Cette sclérose sénile peut aller plus loin et une dégénérescence cartilagineuse ou osseuse peut envahir tout l'utérus. Louis, dans son mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice, parle d'une femme morte de consomption à l'âge de 60 ans et portant depuis 20 ans une tumeur dure à l'hypogastre, qui offrit au chirurgien Mayer un utérus osseux de la grosseur d'une boule à jouer aux quilles, tapissé extérieurement par le péritoine et rempli de pus. Les parois avaient 4 lignes d'épaisseur. On trouve aussi dans ce mémoire la figure de deux utérus osseux. Le premier utérus, fort volumineux, renfermait un fluide lymphatique. Le deuxième renfermait un calcul isolé dans son intérieur.

secrètent alors en abondance un liquide que la résorption ne suffit pas à faire disparaître ».

Et ailleurs : « Ces oblitérations, si elles n'arrivent accidentellement qu'à un âge avancé, à l'époque dite critique, ou plus tard encore, ne donnent lieu pour l'ordinaire, à aucune conséquence fâcheuse, bien que dans quelques circonstances l'hydrométrie ait pu les reconnaître pour sa cause. Nous avons trouvé chez un assez grand nombre de vieilles femmes le museau de tanche atrophié, effacé, l'orifice utéro-vaginal rétréci. Deux fois il était oblitéré totalement et pourtant le corps de l'utérus était dans l'état le plus naturel. . . Nous avons dit que l'orifice interne ou cervico-utérin s'était présenté à nous également effacé et que cette disposition avait paru l'effet naturel de l'âge à certains observateurs. » Fabrice d'Aquapendente donne également une description malheureusement trop brève d'un utérus-fermé, Morgagni décrit plus amplement un cas analogue.

D'autre part, Schröder (1), parlant de sténoses utérines, dit : « Lorsque le calibre cervical est modérément développé (il est atrophié chez les vieilles femmes), s'il survient un gonflement catarrhal de la muqueuse cervicale ou bien un épaississement du parenchyme de l'organe, le calibre de l'organe ne tarde pas à être complètement perdu. Plus souvent il arrive que l'orifice externe se ferme de par le gonflement inflammatoire de la muqueuse ou la tuméfaction des lèvres du col. Il se peut également, et le cas est fréquent après la cautérisation, que des replis de la muqueuse qui se touchent se soudent

(1) CARL SCHRÖDER. *Maladies des organes génitaux de la femme*, 3^e édit. française, 1899.

entre eux, de sorte que la large fente terminée par l'orifice externe sur le museau de tanche ne reste qu'en partie perméable. »

Fritsch (1) remarque que chez les vieilles femmes, il n'est pas rare de voir se produire de l'atrésie au niveau de l'orifice utérin interne. Mais comme ici, dit-il, la menstruation est terminée depuis longtemps, il ne s'accumule en arrière de la sténose qu'un peu de mucus et de pus (pyométrie sénile).

Enfin, pour de Sinéty (2), l'atrésie de la cavité cervicale est très fréquente dans la vieillesse ; elle existe chez plus d'un quart des femmes ayant dépassé l'âge de cinquante ans (Henning). Chez les vieilles femmes, ajoute-t-il, l'oblitération du museau de tanche amène une accumulation de sérosité plus ou moins mélangée de pus.

Ainsi donc, rien que de par l'âge avancé des malades, l'atrésie du col, si elle n'existe pas complètement, est toute prête à se constituer sous l'influence d'une tumeur maligne en évolution, soit par le volume et la situation de la tumeur elle-même, soit par la congestion, l'œdème, dus aux troubles de la circulation qu'entraîne la présence de cette tumeur. A plus forte raison, se produira-t-elle s'il s'agit d'un cancer nodulaire, occupant l'épaisseur même de la paroi du col qu'il transforme parfois en une masse d'une dureté ligneuse.

Mais il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles il ne semble pas qu'il y ait obstacle au libre drainage de l'utérus.

(1) FRITSCH. *Loc. cit.*

(2) DE SINÉTY. *Manuel pratique de gynécologie*. Paris, 1879

Griffith, au cours de l'observation de Lewers (observation XVI), dit qu'il n'est pas rare de rencontrer une dilatation marquée de la cavité utérine, sans qu'il y ait un degré appréciable de sténose. Il n'y avait pas d'obstacle au cathétérisme du col, dit Galabin. Il affirme que l'utérus peut se distendre par suite d'une affection de ses parois, sans obstacle à l'issue du pus. Il ajoute, ce qui paraîtra inexplicable à beaucoup : « Dans le cas de la vessie, la stricture de l'urèthre conduit à une petite vessie contractée (?), non à une vessie distendue, tandis que dans le cancer des parois de la vessie, une large cavité avec parois épaisses peut se former. »

Nous ne retiendrons que ceci : l'utérus était distendu en une poche mesurant 3 pouces de diamètre et remplie de pus, mais il n'y avait pas d'obstruction du canal cervical.

Il faut s'étendre sur la signification à donner à ces faits. La pièce examinée après autopsie, ou même immédiatement après ablation chirurgicale, n'est plus dans l'état où elle se trouvait *in situ*. La circulation est interrompue depuis 24 heures au moins, ou, mieux, l'utérus vient d'être pour ainsi dire saigné à blanc, la muqueuse s'est décongestionnée, ses replis affaissés, ses bourgeons flétris ; la perméabilité du canal cervical a pu, dans ces conditions, réapparaître.

Ailleurs, on peut en effet faire pénétrer une sonde dans l'utérus, « il suffit de redresser le canal dévié, d'en suivre exactement la direction, et la sonde a facilement raison de l'obstacle apporté par des fongosités molles et par la muqueuse épaissie qui efface la lumière du trajet du col, mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de

l'expulsion des produits contenus à l'intérieur de la cavité utérine... Ce qui n'empêche pas la pénétration de dehors en dedans par un instrument, empêchera fatalement le passage de dedans en dehors des sécrétions internes » (1).

Ce sont ces cas qui donnent lieu à des pyométries intermittentes. Il en était sans doute ainsi dans la deuxième observation rapportée par Tate, où la pression de l'utérus fit sortir du pus par le vagin.

Existe-t-il des pyométries dues à une flexion anormale de l'utérus ? (2) Nous n'avons pas vu le cas signalé, mais sa possibilité ne semble pas douteuse.

Fritsch, à l'occasion des pyométries séniles, fait remarquer qu'il peut se développer, dans les prolapsus de l'utérus, une coalescence dans le cervix allongé.

Il existe dans l'atlas de M^{me} Boivin le dessin d'un utérus antéfléchi qui eût dû, semble-t-il, se compliquer fatalement de pyométrie, si, atteint de cancer du col, il avait présenté en même temps, comme nous venons de voir que cela est la règle, une métrite du corps. M^{me} Boivin décrivant cet utérus dit : « Il était tellement plié vers son milieu, que la face postérieure de son corps se présentait en avant et s'appuyait sur le col de la vessie et que le fond regardait la partie antérieure du vagin

(1) DOLÉRIS. *Loc. cit.*

(2) C'est sans doute par ce mécanisme, à moins que ce ne soit par le suivant (formation d'une soupape), que s'expliquent ces cas curieux de physométrie intermittente. Une femme se croit enceinte, ses menstrues se suppriment, le ventre se gonfle et l'utérus au 5^e mois est parvenu au-dessus de l'ombilic. Un jour elle se baisse, toutes les flatuosités s'échappent de la vulve et le ventre s'affaisse complètement (*Revue méd.*, t. IV, p. 484, 1830). C'est en effet dans ce mouvement du corps que le plus souvent s'opère le *rot vaginal* chez les femmes qui y sont sujettes (P. FRANK. *Epitome de curandis hominum morbis*, liber VI de retentionibus, p. 83. Tubingœ, 1811).

quoique le museau de tanche eût conservé sa situation et sa forme naturelle. En vain essayait-on de redresser la matrice, elle ne cédaît un moment aux efforts exercés sur elle que pour reprendre aussitôt sa flexion antérieure. »

Enfin, par un autre mécanisme que l'on pourrait appeler celui de la pyométrie à soupape, un repli muqueux, un bourgeon cancéreux, une nodosité vient faire clapet (c'est le cas dans l'une des observations de Récamier) (1), en s'enfonçant comme un coin dans la filière du canal utérin, l'obture d'autant mieux que l'utérus se distend et que la pression devient plus forte. Il semble que cela ait dû être le cas dans l'observation de M. Bazy, à l'examen de la pièce : « Le cathétérisme à la sonde cannelée, qu'on fait assez facilement de l'orifice du col vers la cavité utérine, ne peut se faire en sens inverse » (Obs. I). Après ablation, l'utérus vidé, il arrive que le canal cervical soit parfaitement perméable. L'utérus en place, le cathétérisme eût été impossible.

En résumé, apparent ou non évident, il existe toujours un obstacle à l'évacuation et il faut en revenir à l'opinion déjà ancienne de Dance (1) sur les hydromètres « lesquels ne sauraient avoir lieu, disaient-ils, si un obstacle quelconque ne venait s'opposer à l'effluxion naturelle des liquides qui tendent à s'amasser dans la cavité utérine ».

(1) RÉCAMIER. — Ob. II (personnelle) *loc. cit.* « le col était très dilatable comme dans le cas de tumeurs volumineuses intra-utérines. La rétention était causée non par lui, mais par une sorte de clapet formé par un gros bourgeon cancéreux. »

(1) DANCE. *Arch. de médecine*, oct. 1829.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Toutes les formes du cancer utérin peuvent se compliquer de pyométrie. Dans le cas qui fait le sujet de la deuxième observation de Mat. Duncan (Obs. VI), la tumeur épithéliale était si peu manifeste que sa nature cancéreuse ne fut affirmée que par un examen ultérieur pratiqué par le docteur Galabin. Chez la malade du docteur Bazy (Obs. I), au toucher, on avait trouvé le col un peu induré, mais non anormalement atrophié. Au spéculum : de petites saillies intracervicales rouges, non saignantes. A l'examen post-opératoire, le col était très dur, comme fibreux, sans ulcération.

Au contraire, dans l'observation de Dance, le col utérin est trouvé parsemé de végétations sinueuses et mamelonnées saignant au moindre contact. Dans le cas d'Howard Kelly (Obs. XII), le col était transformé en une masse en dégénérescence cancéreuse mesurant 3 cent., de laquelle pendaient dans le vagin de nombreux bourgeons détachés comme des loques, saignant facilement au toucher.

Ailleurs le col semble normal extérieurement (Obs. XXIV), quelquefois il est entrouvert et l'on perçoit des fongosités dures dans son intérieur (Obs. VII). Dans d'autres cas enfin, le col n'est pas infiltré de cancer,

mais la curette qui ramène des bourgeons cancéreux (Obs. XVIII) ou l'examen post-opératoire montre une infiltration totale ou partielle de la muqueuse du corps de l'utérus. Ces constatations sont de peu d'intérêt.

Fait plus important et signalé par de nombreux observateurs, la sténose siège pour ainsi dire toujours au niveau de l'orifice profond du col de l'utérus (orifice cervico-vaginal). C'est le lieu de l'atrésie dans les cas de pyométrie sénile par sclérose utérine ; il en est de même dans les cas de squirrhé du col. On conçoit que l'obstruction par clapet ou par bourgeon néoplasique se fasse également à ce niveau.

Le volume de l'utérus est le plus souvent celui d'un utérus au 3^e ou au 4^e mois de la grossesse ; il dépasse fréquemment le rebord du pubis. Les dimensions d'une petite orange, une grossesse de six mois, sont les limites extrêmes. Il est rénitent ou semi-fluctuant ; exceptionnellement, dur. Il est mobile, en antéflexion. Les adhérences avec les organes du voisinage sont assez rares et paraissent indépendantes de l'existence de la pyométrie. Cependant chez la malade de Legueu (Obs. XIII), l'utérus était immobile, inabaissable, le ligament large gauche induré par une inflammation. Le long de la paroi pelvienne, dans le tissu cellulaire du petit bassin, on trouva de gros ganglions, dont l'un était suppuré. L'induration des ganglions lombaires avait été signalée par Math. Duncan.

Dans le deuxième cas rapporté par Duncan (Obs. VI), des adhérences existaient entre la paroi supérieure de la vessie et l'utérus. Elles circonscrivaient une cavité remplie

de pus et communiquant avec la cavité utérine, les parois de l'utérus étant à ce niveau complètement détruites.

La malade de Dance (Obs. III) mourut d'une péritonite généralisée que l'autopsie montra être due à une perforation de la cloison utéro-vaginale, au voisinage du cul de sac de Douglas.

Simpson (Obs. XX) cite un cas semblable. Enfin, chez une malade de Weiss (Obs. XXVIII), le pyomètre s'ouvrit tardivement dans le rectum. Mais ici, il s'agissait d'une histoire très ancienne : la malade avait été opérée plusieurs fois avec des succès divers et était très infectée.

Aucunes règles pour ce qui est de l'épaisseur des parois utérines. Elles sont tantôt extrêmement amincies, tantôt hypertrophiées ; le plus souvent molles, flasques, et comme infiltrées, presque toujours friables. Plusieurs fois elles cédèrent aux tractions exercées pendant l'opération, et une malade de Legueu paya d'une péritonite mortelle ce défaut de résistance.

La muqueuse qui tapisse la cavité utérine distendue, peut être d'aspect lisse et presque normal (Obs. XVI), plus souvent très injectée, mais non ulcérée (Obs. XXIII), quelquefois, enfin, réduite à des lambeaux gangrénés (Obs. VI). Elle peut être tomenteuse, d'aspect chagriné (Obs. I), ou couverte de végétations polypoïdes.

Legueu et Rebreyend remarquent que l'aspect uniforme, lisse, nullement fongueux, des parois du kyste purulent formé dans la cavité utérine, répond surtout aux grandes pyométtries. Cela tient sans doute à ce que celles-ci sont dues à une sténose serrée par cancer *limité*

du col. Au contraire, dans les épithéliomes étendus à la muqueuse du corps, l'atrésie du col est moins complète, plus irrégulière, et la muqueuse utérine plus ou moins dégénérée.

Nous croyons qu'il existe deux formes extrêmes de pyomètre entre lesquelles toutes les formes intermédiaires peuvent se voir : le pyomètre par cancer du col, à forme fibreuse sténosante, à parois lisses, souvent amincies, à contenu franchement purulent ; le pyomètre par cancer du corps, où les parois de la poche sont végétantes, ulcérées, parfois cloisonnées. Il contient un pus teinté en brun, d'apparence hématique, et des débris de tumeur. Cette dernière forme se distingue nettement du cancer du corps infecté, par l'existence d'une collection plus ou moins volumineuse.

On ne rencontre pas d'abcès diverticulaire dans l'épaisseur de la paroi utérine. On sait d'ailleurs, d'une façon générale, combien ceux-ci sont rares ; quelques cas ont été signalés par Courty, Scanzoni, Lados, Hervez de Chégouin ; encore sont-ils presque tous contestables ; il s'agit souvent de fibromes gangrenés (1).

La quantité du pus est fort variable, de quelques cuillerées à un litre ou un litre et demi (2). En tout cas,

(1) Il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus. Il semble que la muqueuse offre une barrière infranchissable à l'inflammation et à ses agents provocateurs et l'on ne voit guère cette inflammation s'étendre en profondeur que quand il existe une solution de continuité de la muqueuse (DELBET, *loc. cit.*).

(2) La quantité de liquide que peut contenir l'utérus est incroyable : 85 litres d'une matière ichoreuse et fétide dans un cas de Blanchard, signalé par M^{me} Boivin et Dugès, 180 litres dans un cas de Vesale, et M^{me} Boivin ajoute : « Voyez des exemples non moins admirables dans le Sepulchretum de Bonet (lib. III, sed XXI, obs. LV) ; c'est là qu'il est question d'une matrice assez ample pour qu'on y pût cacher sans peine un enfant de 10 ans. »

il est toujours d'une extrême fétidité. Tantôt c'est du pus franc, jaunâtre, bien lié, tantôt épais, brun café, ou même teinté de sang, contenant des débris sphacelés de la tumeur. Dans des cas exceptionnels (Obs. XII), la cavité utérine contient, avec le pus, une certaine quantité de gaz.

L'examen bactériologique du pus n'est signalé que par le docteur Lee. Il a pratiqué quatre fois l'examen de cultures sur gélatine et agar, et, fait extrêmement surprenant, ces cultures sont restées stériles.

En ce qui concerne l'étude microscopique de l'utérus cancéreux atteint du pyomètre, nous renvoyons à l'observation de Galabin (Obs. VIII) et surtout au cas inédit de M. Bazy (Obs. I), dans lequel l'examen histologique a été fait d'une façon très complète.

SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La symptomatologie passe pour être obscure ; trop souvent le pyomètre n'a été reconnu qu'au cours d'une intervention, avec une fortune variable pour la patiente, suivant qu'on opérât par le vagin ou par l'abdomen.

Le début est toujours inaperçu ; il est impossible de dire quand la collection a commencé à se former, à quelle période du cancer elle a débuté, ou même si elle ne l'a pas précédé. Dans bien des cas, le pyomètre ne s'est manifesté que par ses signes physiques, lorsqu'il avait déjà atteint un volume assez considérable.

Il existe des signes fonctionnels ou généraux que l'on peut rattacher, pour une certaine part, à l'évolution d'une pyométrie : il est difficile de dire dans quelle mesure et, ce qui appartient au cancer, ce qui revient au pyomètre. Nous nous efforcerons de passer sous silence tous les symptômes manifestement dûs au cancer.

A notre avis, il est impossible de tracer un seul tableau clinique de la pyométrie cancéreuse, et nous étudierons successivement :

La pyométrie fermée latente ;

La pyométrie ouverte avec pertes intermittentes ;

La pyométrie à forme douloureuse.

1° Pyométrie latente (ou pyométrie fermée et non douloureuse). — Cette forme répond habituellement à l'épithélioma du col à évolution lente. Elle se voit presque uniquement chez les vieilles femmes qui ont passé la soixantaine.

La malade a quelques petites hémorragies dues au cancer, mais pas de pertes de pus. Il n'y a pas de douleurs. Tous les symptômes relèvent de l'examen. Le toucher et le spéculum font reconnaître un col habituellement induré, parfois parsemé de nodosités. Il peut être atrophié, comme cicatriciel ; il peut s'ulcérer. Le cathétérisme est impossible. Assez souvent, l'hystéromètre pénètre dans l'orifice externe du col, mais ne tarde pas à rencontrer un obstacle infranchissable.

Le palper combiné au toucher fait sentir un utérus augmenté de volume qui atteint ou dépasse le pubis, parfois arrive à l'ombilic. Il est arrondi, mobile ; sa consistance est élastique, parfois rénitente ou même fluctuante. Elle peut être dure, au point de faire éliminer l'hypothèse d'un état kystique de l'utérus.

1° Pyométrie intermittente. — La malade, qui perd soit du sang, soit un ichor d'origine cancéreuse, a, à des intervalles variables, des sortes de débâcles purulentes par le vagin, soit que l'utérus distendu ait fini par forcer la sténose, soit qu'une destruction partielle de la tumeur maligne ait ouvert une issue au pus. Un caractère important signalé par tous les auteurs est l'extrême fétidité de ces pertes ; il arrive que ces pertes se manifestent seulement lorsque la malade marche, ou dans la station verticale. Sous ce rapport, l'observation X est des plus

instructives. La malade, âgée de 56 ans, avait des pertes rouges depuis 18 mois. Elles ne tardèrent pas à devenir sanieuses. Deux mois avant l'examen, cet écoulement cesse presque complètement pendant trois semaines. Puis la malade a une perte abondante de pus qui coïncide avec des douleurs dans l'hypogastre. L'écoulement purulent persiste 15 jours, puis cesse de nouveau.

Dans l'observation XXV, la malade a des pertes abondantes de matières jaunâtres, d'une odeur infecte, qui coïncident avec la disparition d'une tuméfaction qu'elle porte dans la fosse iliaque gauche. La cessation de ces pertes coïncide avec la réapparition de la tumeur et des douleurs.

De même, la malade de Despréaux (Obs. IV) a des pertes se produisant subitement et en très grande abondance, après une période de jours où elle a très peu perdu, et souffert de malaises.

Dans le cas signalé par Weiss (Obs. XXVIII), la malade a des pertes extraordinairement abondantes et revenant avec une périodicité parfaite tous les deux jours ; ces pertes s'accompagnent de douleurs. En effet, la pyométrie intermittente coïncide souvent avec la forme suivante.

3° Pyométrie à forme douloureuse. — Les douleurs qui accompagnent cette forme doivent être distinguées des douleurs dues au cancer lui-même ; la distinction n'est pas toujours facile. Ces douleurs sont parfois très vives, s'irradient à l'hypogastre et aux lombes, quelquefois à tout l'abdomen et même dans le dos. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles cessent après l'évacuation

spontanée ou provoquée du pyomètre, et qu'elles peuvent réapparaître quelquefois à intervalles réguliers en même temps que le pyomètre se reforme. Il semble que la pathogénie de ces douleurs soit tout à fait comparable à celle indiquée par M. Doléris (1) pour les coliques ou *épreintes utérines* qui accompagnent parfois l'endométrite chronique avec drainage utérin insuffisant.

Généralement, ces coliques sont dues soit à l'effort que fait l'organe pour chasser son contenu qui le remplit et le distend, soit à l'effraction violente subie par le trajet cervical dévié ou obstrué, soit enfin à un spasme douloureux, résultat de l'hyperesthésie morbide de cette région. Mais, de même que dans ces formes de métrite, ces douleurs paraissent devoir être dues à la présence de végétations polypoïdes de la muqueuse dans l'étendue du canal du col et à l'irritation exercée par ces néoplasmes inflammatoires sur l'orifice interne, car il suffit de les abraser pour voir les douleurs disparaître ; un mécanisme analogue peut être invoqué dans certaine pyométrie cancéreuse où le curettage du col la fit disparaître immédiatement.

L'évolution de la pyométrie cancéreuse est des plus variables et liée à la forme du cancer qui lui a donné naissance. Quelquefois entièrement latente, elle se manifeste souvent par des sortes de vomiques vaginales, se produisant à intervalles irréguliers, et toujours très fétides. Il ne semble pas que l'existence du pyomètre influe beaucoup sur la marche du cancer. La fièvre, les

(1) DOLEIRIS. *loc. cit.*

symptômes de résorption septique font défaut dans la plupart des cas. Lorsqu'ils existent, ils sont à peine marqués. Il est assez rare de voir la température atteindre 38°5. On ne voit pas non plus de propagation inflammatoire péri-utérine. On signale bien dans un certain nombre d'opérations l'induration de l'un ou des deux ligaments larges. Mais la chose n'a-t-elle pas lieu dans le cancer sans pyométrie ? Deux fois on trouve indiqué l'engorgement des ganglions du pelvis ou de la région lombaire ; une fois il s'agissait nettement d'une inflammation septique : l'un des ganglions était suppuré.

Ainsi donc, rien, ni dans les symptômes, ni dans l'évolution, ne rendrait le pronostic de la pyométrie particulièrement mauvais si la possibilité d'une rupture intrapéritonéale de cette collection purulente, soit spontanément, soit au cours d'une intervention, ne venait singulièrement l'aggraver. La première occurrence est exceptionnelle ; nous n'en avons trouvé que deux exemples, déjà signalés (Obs. III et XX).

Il existe parfois des symptômes de compression d'organes du petit bassin, de la coprostase, des hémorroïdes, l'œdème des jambes, la dysurie ; une fois, la rétention fut complète et nécessita le cathétérisme évacuateur jusqu'à la mort de la malade. On a signalé la compression des uretères. Il est bien difficile de dire pour quelle part ces accidents sont dûs au pyomètre, et s'ils ne relèvent pas tout simplement de la marche du cancer.

Le pronostic opératoire dépend beaucoup de l'opération pratiquée. Si celle-ci n'est que palliative et uniquement dirigée contre le pyomètre, je veux dire, s'il s'agit

d'un simple curettage ou d'un drainage utérin, aucune complication n'est à craindre. Mais s'il s'agit d'une intervention plus radicale contre le cancer en même temps que contre la pyométrie, il ne va plus en être de même. Pratique-t-on une hystérectomie vaginale, il n'y a aucun doute, comme le remarque Tate, que la tuméfaction de l'utérus n'ajoute à la difficulté de l'opération. L'utérus ne descend pas aussi facilement quand on tire sur le col, et la délivrance de l'utérus à travers le vagin est plus difficile ; ceci est particulièrement vrai, ajoute-t-il, lorsqu'il y a beaucoup de sclérose sénile du vagin. Mais là n'est pas le vrai danger. Dans ces tentatives d'abaissement, l'utérus friable peut se rompre et déverser son contenu dans le champ opératoire, ou bien cet accident arrivera au moment où l'on pratiquera délibérément l'hémisection utérine.

D'après les statistiques de Bürkle, sur 17 cas où le cancer du col se compliquait de pyomètre et où on pratiqua l'hystérectomie vaginale, 7 se terminèrent par la mort. C'est là une très forte proportion. Tate l'explique en faisant remarquer que ces statistiques sont basées sur des opérations de chirurgiens allemands, et que ceux-ci ferment la cavité vaginale et suturent le vagin. Il fait justement observer qu'un des grands avantages de l'hystérectomie vaginale, c'est de pouvoir assurer un libre drainage. La vérité est que ses opérées, et celles de ses confrères de Londres qui laissaient ouvert le dôme vaginal en le drainant d'une mèche iodoformée, guérissent sans avoir présenté aucun symptôme alarmant.

Si l'opérateur a choisi la voie abdominale, et si l'utérus se rompt pendant la manœuvre opératoire, ou s'il déverse

son contenu dans la cavité péritonéale au moment de l'amputation, les conditions de réussite ne seront pas meilleures que dans le cas précédent, loin de là. Ces considérations font comprendre la nécessité de s'assurer d'une façon certaine, avant d'entreprendre une opération sur un utérus cancéreux, qu'il n'existe pas, par surcroît, un pyomètre.

DIAGNOSTIC

Hormis les cas où l'apparition de véritables débâcles de pus coïncide avec la diminution de volume de la tumeur utérine, et aussi bien souvent la diminution ou la cessation des douleurs, la pyométrie n'est reconnue que par l'examen lorsque l'on a à l'esprit la possibilité de son existence. Le diagnostic repose alors uniquement sur les renseignements fournis par le palper bimanuel et par l'exploration du col utérin.

Lorsque l'utérus est peu augmenté de volume, et si l'on ne prend la précaution, avant d'intervenir contre le cancer, de faire l'exploration méthodique de la cavité utérine, le pyomètre passera inaperçu jusqu'au moment où, pendant l'opération, l'utérus sera ouvert.

Si l'utérus est volumineux, l'erreur est moins excusable de la part d'un opérateur averti, et les chirurgiens qui eurent l'occasion de voir plusieurs cas de pyométrie firent le diagnostic par l'augmentation de volume du corps de l'utérus, son élasticité, parfois sa véritable fluctuation, sa forme régulièrement arrondie. Mais il est des cas où la consistance de l'utérus est dure et en impose pour une tumeur solide ; on croit à la coexistence d'un fibrome ou d'une autre tumeur cancéreuse. Si l'utérus a une consistance plus molle, le cas peut prêter à erreur

avec un fibrome ramolli ou un cysto-fibrome. Le plus souvent on croit à l'existence d'un cancer du corps.

Dans tous les cas de cancer utérin, nous pensons que le devoir du médecin est de pratiquer l'hystérométrie. Cette manœuvre est courante à un âge de la femme où elle peut ne pas être sans inconvénient ; il n'y a pas de raison pour qu'on ne la pratique pas d'une façon systématique dans le cancer de l'utérus. Fait avec douceur et méthode, le cathétérisme de l'utérus doit être sans danger et ne doit pas exposer à la perforation.

Si le col est scléreux, atrésié, infranchissable, si l'utérus est en même temps volumineux, arrondi, élastique, il est bien probable qu'il s'agit d'un cas de pyométrie. Le plus souvent, le col se laissera traverser par l'hystéromètre, soit que celui-ci redresse ses sinuosités et ses courbures, soit qu'il lève un obstacle en forme de bouchon ou de soupape. Un écoulement de pus, toujours d'une odeur infecte, le long du cathéter, annonce que l'on a pénétré dans la poche et quelle est la nature de celle-ci. Enfin, si des bourgeons plus ou moins friables occupent l'orifice du col, il ne faut pas hésiter à créer un véritable trajet artificiel qui permet à la fois un diagnostic certain et un traitement palliatif efficace.

TRAITEMENT

Assurer une voie aussi large que possible aux sécrétions utérines, qui permette à la fois la parfaite évacuation du pus et la facile désinfection de la poche qui le contenait, tel est l'objet des soins du médecin en présence d'un cas de pyométrie, quelle que soit la période d'évolution du cancer qui lui a donné naissance. Il doit, en effet, chercher à atteindre ce but, aussi bien quand il ne sera que le premier temps d'une intervention plus radicale dirigée contre le cancer que lorsque, celui-ci s'étant malheureusement placé au-dessus des ressources de l'art, le rôle du médecin doit se borner à soulager la malade de son mieux.

Assez souvent, le cathétérisme est possible. Il donne issue à une certaine quantité de pus. On achève l'évacuation à l'aide d'une sonde urétrale et l'on fait un lavage avec une solution de permanganate de potasse. On poursuit alors la dilatation à l'aide de bougies d'Hégar ou de lamineires préparées, jusqu'à ce que l'on puisse explorer l'intérieur de l'utérus. On se souviendra que ses parois peuvent être amincies et friables, et que l'injection intra-utérine même doit être poussée sans violence. Des soins quotidiens, des lavages répétés prépareront la malade à une hystérectomie, si celle-ci est

possible, calmeront en tout cas les douleurs, si elles existent, et la mettront à l'abri des complications possibles venant de son pyomètre.

Si l'on ne peut pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut, suivant les conseils de Récamier, ne pas hésiter à se frayer un passage au travers du col à l'aide d'une curette.

S'il s'agit d'un cancer à forme bourgeonnante, les hémorragies dues au cancer ne seront pas moins améliorées que les douleurs qui accompagnent parfois la formation du pyomètre, et aussi les accidents infectieux. S'il s'agit « d'un cancer nodulaire occupant l'épaisseur même de la paroi du col qu'il a transformé en une masse d'une dureté ligneuse, il ne faut pas craindre de créer un orifice particulièrement large par le curettage et la cautérisation, pour assurer le drainage de la cavité et éviter toute tendance à l'atrésie.

Il faut agir énergiquement sur le col et le détruire, mais éviter toute intervention un peu violente sur l'intérieur de la cavité utérine, et même ne pousser les injections intra-utérines qu'avec une certaine prudence, car l'augmentation de volume de la cavité du corps utérin entraîne avec elle un amincissement irrégulier des parois, qui peuvent ne plus avoir aucune résistance » (1).

Enfin, si la pyométrie, ayant été méconnue, se manifeste au milieu d'une intervention par l'évacuation parfois soudaine d'un flot de pus infect qui souille le champ opératoire, il ne faut pas désespérer du résultat. Les cas où cet accident s'est produit nous montrent

(1) RÉCAMIER. *Loc. cit.*

qu'un lavage soigné, le drainage par la cavité vaginale, s'il s'agit d'une hystérectomie vaginale, suffisent à mettre la malade à l'abri des accidents septiques. Si l'on pratique une intervention abdominale, l'exploration directe de l'utérus avertit du danger. On doit le ponctionner à l'aide d'un trocart à kyste, en protégeant le péritoine et les anses intestinales à l'aide de compresses. Lorsque le contenu utérin est vidé, à l'aide de pinces à kystes, on ferme, immédiatement après l'ablation du trocart, son orifice d'entrée ; puis on pratique l'hystérectomie suivant le mode habituel, mais en se méfiant de la friabilité des parois utérines, qui existe souvent. On termine en assurant un drainage suffisant.

CONCLUSIONS

1° La pyométrie est une complication du cancer de l'utérus, aussi bien du col que du corps, qui se présente environ 6 fois sur 100.

2° Elle s'observe uniquement chez des femmes âgées, ayant passé l'âge de la ménopause.

3° Elle se produit dans deux circonstances différentes :

I^{er} Cas. — Il y a : — une sténose due à la sclérose sénile du col, aussi bien qu'à la présence d'une tumeur épithéliale. — et une métrite chronique que favorise la présence du cancer.

II^e Cas. — Il existe un cancer du corps dont les bourgeons obturent l'orifice profond du canal cervical. La tumeur, intra-utérine bourgeonnante, ulcérée, secrète abondamment dans l'intérieur de l'utérus.

4° Il existe trois formes de pyométrie par cancer :

La forme latente.

La forme ouverte intermittente.

La forme douloureuse.

5° En présence d'un cancer de l'utérus, il faut pra-

tiquer systématiquement le cathétérisme du col et l'exploration de l'intérieur du corps.

6° S'il existe un pyomètre, on doit, à l'aide de la curette ou du thermocautère, créer un large trajet dans le col. Ainsi traité, le pyomètre n'influe pas sur le pronostic opératoire du cancer utérin.

OBSERVATIONS

Obs. I. — P. BAZY (Observation inédite).

Marie D. . . , âgée de 53 ans : examinée le 11 octobre 1906.

Entrée le 19 janvier. Opérée le 22 janvier 1907. Sortie guérie.

La malade a été opérée, il y a 10 ans, d'un kyste colloïde de l'ovaire, par Le Dentu.

N'a plus ses règles depuis ce moment.

A des pertes continuelles depuis six mois. Depuis un mois, a des pertes de sang qui durent un ou deux jours. Son médecin lui a râclé le col et fait des pansements au chlorate de potasse. Actuellement, elle perd du pus en abondance ; cet écoulement est d'une odeur repoussante. La courbe de la température montre des poussées fébriles irrégulières.

Col un peu induré, mais non anormalement, semble-t-il ; il est du reste atrophié.

Au spéculum, on voit trois petites saillies intra-cervicales, rouges, non saignantes.

OPÉRATION. — Incision du pubis à l'ombilic. La cicatrice ouverte, on tombe sur l'intestin adhérent, qui néanmoins n'est pas intéressé. Les adhérences, du reste, existent surtout au niveau de l'extrémité supérieure de la cicatrice, non à son extrémité inférieure. L'intestin est adhérent sur une étendue assez considérable pour qu'on soit obligé de le disséquer.

L'abdomen ouvert, on voit l'utérus qui est gros comme un utérus de grossesse de 3 mois. Il est très mou. On constate que les annexes gauches ont disparu. A ce niveau, aucune adhérence, contrairement à ce qu'on aurait pu penser sur la péritonisation. On lie les

deux pédicules, et on remarque que l'un et l'autre sont friables. Les ligaments larges et ronds, eux-mêmes, le sont. La trompe droite a des franges un peu hypertrophiées, comme enflammées.

Les ligaments larges sectionnés, au niveau du col utérin, on remarque que ce col est adhérent et très friable. L'utérus ne se laisse pas attirer ; il est très mou. On le ponctionne pour l'évacuer ; on retire environ 200 cc. d'un pus très odorant, gris verdâtre. On peut attirer l'utérus en le saisissant avec des pinces. On peut arriver à sectionner l'utérus, à le séparer du vagin. On ferme le vagin par des points séparés au catgut. On ferme la cavité utérine ; mais dans le fond du bassin et du côté droit un suintement oblige à mettre trois pinces à demeure. Mèche, drain. On ferme la paroi en deux plans. Chloroforme.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — L'utérus est ouvert sur la ligne médiane. On tombe dans sa cavité qui contient un peu de liquide sanieux. La muqueuse est comme tomenteuse et chagrinée. Par place, on voit des végétations qui sont pédiculées, à pédicule très long. Le tissu du corps de l'utérus est hypertrophié, mais très mou. Au contraire, le col est très dur et comme fibreux. Le cathétérisme à la sonde cannelée, qu'on fait assez facilement de l'orifice du col vers la cavité utérine, ne peut se faire en sens inverse, ce qui explique la rétention du pus.

La pièce est donnée à M. Rubens-Duval pour l'examen histologique.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (pratiqué par M. Rubens-Duval). — Les coupes portent sur deux régions :

Canal cervical.

Corps de l'utérus.

1° COUPES DU CANAL CERVICAL. — Ce sont des coupes longitudinales. Elles intéressent le canal cervical dans la majeure partie de sa longueur et dans toute son épaisseur, depuis sa cavité jusqu'au tissu adipeux qui l'entoure.

Elles présentent à considérer deux portions nettement distinctes : l'une, qui correspond à la partie inférieure du canal, occupée par des tubes épithéliaux ; l'autre, qui intéresse la partie supérieure

adjacente au corps de l'utérus, paraît, au contraire, presque complètement dépourvue de formations épithéliales.

PARTIE INFÉRIEURE DU CANAL CERVICAL. — Elle est constituée essentiellement par des tubes épithéliaux coupés suivant les incidences les plus variées. Ces tubes épithéliaux, très nombreux et très rapprochés les uns des autres au niveau de la partie interne et de la partie moyenne de la paroi du canal, sont plus clairsemés à sa partie externe, mais se rencontrent jusqu'à une très faible distance du tissu adipeux péri-cervical. La paroi du canal cervical est donc occupée, *dans toute son épaisseur*, par des tubes épithéliaux (1).

Une telle abondance des formations épithéliales est anormale et doit faire songer immédiatement à l'épithélioma.

Les tubes épithéliaux sont formés d'une assise unique de cellules cylindriques. Le revêtement que ces cellules constituent est généralement régulier. Cependant, au niveau de quelques-uns, notamment de ceux qui sont situés à la partie externe de la paroi cervicale, les cellules ne s'ordonnent plus en une assise simple, mais se disposent en groupes flocculeux et végètent dans la lumière dilatée de ces tubes. Cela est encore une présomption en faveur du diagnostic d'épithélioma.

A un fort grossissement, il n'y a plus d'hésitation possible. Les cellules épithéliales, malgré la rareté de leurs karyokinèses, présentent au plus haut degré les caractères des cellules néoplasiques : hypertrophie très marquée du protoplasme, hypertrophie plus considérable encore et excessive des noyaux, dont la chromatine est renforcée et qui sont plus ou moins bourgeonnants et lobés ; hypertrophie très nette enfin des nucléoles, qui apparaissent volumineux et augmentés de nombre (Dominici).

Les cellules, à ce fort grossissement, ne se montrent pas seulement ordonnées en tubes réguliers ; en beaucoup d'endroits elles pénètrent entre les faisceaux conjonctifs et on les y retrouve, soit isolées, soit réunies par petits groupes. Une telle infiltration est caractéristique de l'épithélioma.

(1) La muqueuse manque à ce niveau, non par suite d'un défaut de la coupe, mais sans doute par suite de manœuvres chirurgicales ainsi que le montrent les altérations mécaniques que l'on rencontre au bord interne de la coupe.

En raison de la prolifération épithéliomateuse, des fibres musculaires lisses du col ont presque disparu. Elles ont été soit détruites par le processus néoplasique, soit étouffées par la sclérose, très marquée, qui accompagne cet épithélioma.

En résumé, la portion inférieure du canal cervical montre un *épithélioma cylindrique envahissant le tissu musculaire lisse, mais n'envahissant pas les tissus péri-cervicaux*.

Elle présente, en outre, un état inflammatoire que nous retrouverons en examinant la partie supérieure du canal cervical et le corps de l'utérus.

Partie supérieure du canal cervical. — On n'y retrouve pas de néoformations épithéliales. Le noyau cancéreux précédemment examiné est, en effet, limité à la partie inférieure du canal cervical. Bien plus, au niveau même de la muqueuse, on ne constate que de très minimes portions de l'épithélium de revêtement. Sauf en de rares points où le revêtement épithélial existe, la muqueuse est exulcérée et enduite d'une épaisse couche de pus formée de leucocytes morts et plus ou moins altérés et d'hématies extravasées. Audessous de la couche de pus se trouve un réticulum fibrineux emprisonnant dans ses mailles des leucocytes et des hématies. Celui-ci recouvre un véritable tissu de bourgeons charnus formés de capillaires sanguins et lymphatiques extrêmement dilatés. Les premiers sont en outre congestionnés, les seconds présentent des coagulations fibrineuses. Leur endothélium est tuméfié.

Entre ces vaisseaux existe un réticulum conjonctif dont les mailles sont occupées par un nombre considérable d'éléments cellulaires : polynucléaires lymphocytes, moyens mononucléaires, éosinophiles (assez rares), hématies nombreuses et dont plusieurs sont atteintes de dégénérescence érythrophile (Dominici). Les cellules fixes du réticulum sont hypertrophiées.

Cette réaction est la signature d'une *inflammation prolongée* du canal cervical.

Les faisceaux musculaires lisses du col sont conservés, mais écartés les uns des autres et plus ou moins dissociés en certains points, à la fois par de l'œdème et de la sclérose. Les espaces inter-musculaires en voie de sclérose sont infiltrés d'un grand nombre

de cellules lymphatiques. Beaucoup évoluent suivant le type plasmazelle. En certains endroits, l'accumulation des cellules lymphatiques est assez considérable pour former de petits nodules lymphoïdes (Dominici). Les éosinophiles sont ici plus nombreux que les neutrophiles; les mastzellen se voient aussi en grand nombre. Les lymphatiques sont extrêmement dilatés et gorgés de leucocytes, leur endothélium est tuméfié; la *lymphangite* est nette.

En résumé, la portion supérieure du canal cervical est atteinte de *métrite suppurée* de date ancienne, accompagnée de *sclérose* et de *lymphangite*.

2° CORPS DE L'UTÉRUS. — Les lésions du corps de l'utérus sont essentiellement les mêmes que celles observées au niveau de la portion supérieure du col. Elles sont peut-être encore plus accentuées.

Nous y retrouvons donc l'*inflammation de la muqueuse* dont l'épithélium a desquamé en de nombreuses places, la couche de pus et le réseau fibrino-leucocytaire qui remplace l'épithélium absent, le tissu de bourgeons charnus avec ses vaisseaux dilatés et l'infiltrat cellulaire composite et riche en plasmazellen. Nous retrouvons le tissu musculaire dissocié par l'œdème et la *sclérose*, les *infiltrats leucocytaires* et la *lymphangite*.

Conclusion. — Métrite suppurée avec épithélioma cylindrique au début de la partie inférieure du canal cervical, limité à cette région et n'ayant pas encore envahi le tissu adipeux péri-cervical.

Obs. II. — M^{me} BOIVIN ET DUGÈS (1).

Hydropisie de l'utérus suivie de l'ulcération cancéreuse du col de ce viscère.

M^{me} Ad. . , âgée de 42 ans, avait eu plusieurs grossesses à terme qui s'étaient terminées heureusement. Elle eut de 38 à 40 ans, deux autres grossesses dont elle avorta, pour l'une, à 3 mois, l'autre à 6 semaines. Depuis la dernière, les règles devinrent très abondantes; bientôt la perte de sang devint continuelle. Cependant le ventre se développa au point de faire croire à une nouvelle grossesse,

(1) *Traité des maladies de l'utérus*, p. 123. Paris, 1833.

quoique la perte sanguine dût en éloigner toute idée. Les membres abdominaux s'infiltrèrent et acquirent un volume considérable.

Toute languissante qu'elle était, la malade ne se plaignait que d'une douleur dans la région hypogastrique. Cet état durait depuis un an lorsqu'il se fit tout à coup une effusion abondante de fluide séreux par le vagin ; la malade en fut inondée ; un écoulement de même nature continua ainsi par flots pendant 6 mois. Dans l'intervalle, la malade rendit quelques caillots de sang ; les membres se dégonflèrent, mais les douleurs de la région utérine devinrent plus vives et même insupportables. .

Examen en juillet 1822. Le toucher me fit connaître un vaste cancer du col de l'utérus et du vagin...

Cette hydropisie semblerait pouvoir être attribuée à une grossesse hydatique, dont chaque vésicule d'un certain volume se serait ouverte successivement. Le parenchyme de la môle suppuré, peu considérable, aurait pu être expulsé et confondu avec quelques-uns des caillots qu'avait rendus la malade. Mais l'observation de notre collaborateur peut aussi porter à croire qu'il y a eu ici un ulcère cancéreux primitivement développé à l'intérieur de l'utérus, production par exhalation d'une grande quantité de fluide, rétention de ce fluide par le gonflement, l'obstruction du col et enfin évacuation, brusque d'abord, puis lente et continue dès que le museau de tanche eût été corrodé, détruit par le progrès de l'ulcération.

Obs. III. — DANCE (1).

Cancer du col de l'utérus, tuméfaction et retrécissement de son orifice vaginal, rétention des fluides sécrétés dans la cavité de cet organe ; hydromètre ; extension du cancer à la paroi postérieure et supérieure du vagin, perforation de ce canal ; péritonite promptement mortelle.

Une femme de petite stature, âgée de 63 ans, mariée à 18 ans, mère de 6 enfants, avait été réglée jusqu'à l'âge de 53 ans, sans éprouver le moindre dérangement dans sa santé. A cette époque, un écoulement blanchâtre et inodore succéda à l'écoulement des règles et se prolongea pendant plusieurs années, sans aucun acci-

(1) *Arch. de méd.*, oct. 1829, p. 201 (obs. XII^e).

dent ; mais arrivée à l'âge de 61 ans, la malade éprouve des pertes fréquentes en rouge et en blanc ; bientôt des douleurs se firent sentir dans le fond du bassin ; enfin tous les symptômes du cancer utérin se déclarèrent : amaigrissement, teinte jaunâtre de la peau, écoulement sanieux et fétide par le vagin, douleurs lancinantes dans le bas ventre. Le col utérin exploré avec le doigt fut trouvé parsemé de végétations sinueuses et mamelonnées que le moindre attouchement rendait saignantes. L'hypogastre était distendu et soulevé par une tumeur arrondie qui semblait faire corps avec la matrice et recevoir tous les mouvements qu'on imprimait à cet organe par le vagin. Tel était l'état de cette malheureuse femme, lorsqu'elle fut soumise à notre observation (juin 1825). Quelques calmants furent administrés. Le huitième jour de son entrée à l'hôpital, elle fut prise tout à coup d'un frisson prolongé suivi de chaleur et de fièvre ; bientôt des douleurs aiguës se firent sentir dans toute l'étendue du ventre. Le lendemain, envie de vomir et vomissements répétés ; sensibilité du ventre au moindre attouchement ; pouls petit, serré, peu fréquent, face grippée. Mort le troisième jour, précédée du refroidissement glacial des extrémités et de l'insensibilité du pouls. (Des applications de sangsues sur le ventre, plusieurs bains de siège, des boissons émollientes furent employées pendant ces derniers accidents).

Ouverture du cadavre 24 heures après la mort.

1° Péritonite générale caractérisée par une rougeur pointillée du péritoine, des fausses membranes et une pinte environ de liquide puriforme dans sa cavité.

2° Le vagin était raccourci et froncé sur lui-même. On voyait, à la partie la plus élevée de sa paroi postérieure, une ulcération à bords fongueux et rougeâtres qui avait entièrement corrodé les membranes de ce canal, en donnant lieu à une perforation qui communiquait dans la grande cavité du péritoine ; cette ouverture pouvait admettre facilement le doigt indicateur.

3° L'extrémité inférieure du col utérin était méconnaissable ; la lèvre postérieure n'existait plus ; l'antérieure était transformée en un mamelon épais et ramolli. Plus haut la cavité du col était tellement rétrécie par le gonflement de ses parois, qu'il nous a été impossible d'y faire pénétrer un stylet de moyenne grosseur.

4^e Le fond de la matrice dépassait de deux pouces environ le rebord des pubis ; son volume rappelait celui qui est propre à une grossesse de 4 à 5 mois. Sa cavité contenait une livre environ d'un liquide épais, brunâtre, fétide, dans lequel nageait un corps membraniforme aplati, dont une des faces présentait la même couleur que le liquide précédent, et l'autre, d'un rouge assez vif, paraissait avoir adhéré en quelque point de la matrice et s'en être détaché récemment. Ce corps avait, par sa forme, quelque ressemblance avec le placenta, mais il ne contenait aucun vestige de vaisseaux et ne nous a paru être qu'un simple produit inflammatoire. La cavité de la matrice, débarrassée du liquide qu'elle contenait, s'est trouvée partout réticulée et parsemée de colonnes saillantes analogues à celles que présentent certaines vessies. Les parois n'avaient guère qu'une à deux lignes d'épaisseur

Un autre fait anatomique qui résulte de cette observation, c'est que, malgré la texture dense et serrée de la matrice, les parois de cet organe sont susceptibles de se dilater peu à peu à la manière d'une vessie distendue par un liquide. Cette dilatation passive a été favorisée, dans le cas dont nous venons de parler, par le gonflement morbide du col utérin et l'occlusion presque complète de sa cavité d'où sont résultées une stagnation et une rétention des fluides sécrétés dans l'intérieur de la matrice ; c'est d'ailleurs ainsi qu'on peut concevoir la formation des hydromètres, lesquels ne sauraient avoir lieu si un obstacle quelconque ne venait s'opposer à l'effluxion naturelle des liquides qui tendent à s'amasser dans la cavité utérine.

Obs. 4. — DESPRÉAUX (1).

Cancer du corps de l'utérus. — Rétention des liquides. — Phénomènes graves. — Curettage et cautérisation intra-utérine au fer rouge (Résumée).

Malade atteinte depuis deux ans de pertes fétides, de couleur

(1) DESPREAUX. *Du curettage de l'utérus. Indications et technique*, Th. Paris, 1888.

grisâtre et mêlées d'une petite quantité de sang. La malade signale ce fait que ses pertes se produisent subitement en très grande abondance et suivent justement une période de jours où elle a très peu perdu et souffert de malaise et d'anorexie. Cette évacuation la soulage toujours beaucoup. Tous les phénomènes pénibles disparaissent après l'évacuation.

A l'entrée, au toucher et au spéculum, l'examen révèle l'existence d'un cas type d'épithélioma du corps de l'utérus. Le col est intact, seulement entr'ouvert et ramolli ; au spéculum, on ne découvre aucune altération. Au moyen du cathétérisme, on reconnaît la présence de fongosités intra-utérines ; la cavité est très agrandie.

Le 2 mars 1887, sans anesthésie, après dilatation du col avec les bougies de Hégar, on pratique un curettage des fongosités, destiné à permettre le facile écoulement des liquides qui donnent lieu, comme déjà précédemment, à des phénomènes de rétention. Ce curettage est suivi de cautérisations au fer rouge plongé et promené largement dans la cavité utérine. L'amélioration qui suit l'opération est très sensible, et la malade, pendant presque une année, est soignée avec des injections intra-utérines, sans curettage ni cautérisation. Mais après avoir négligé ces soins pendant trois mois, elle revient le 13 janvier 1888 reprendre un lit à l'hôpital.

Dans les premiers jours du mois, phénomènes graves de rétention intra-utérine ; la malade a de la fièvre, des frissons, un malaise très accentué, une anorexie absolue et même quelques vomissements ; son état devient grave. Nouveau curettage suivi de cautérisation. Nouvelle amélioration. Depuis cette époque, la malade n'a plus eu de pertes, mange avec appétit et peut même se lever. Elle perd toujours en blanc ; les pertes ne sont pas extrêmement fétides, et depuis quelques jours les injections vaginales sont faites avec la liqueur de Labarraque à 1/4.

L'état général est satisfaisant.

Obs. V et VI. — MATHEWS DUNCAN (1).

*Deux cas de pyométrie : l'un secondaire à une atrésie du col ;
dans le second, le col est grand ouvert.*

Le docteur Mathews Duncan présente deux cas de pyométrie. Dans le premier et le plus petit la collection était due à l'atrésie du col. Dans le deuxième, de beaucoup le plus volumineux, le col de l'utérus était largement ouvert. Le mécanisme de la dilatation de la cavité du corps de l'utérus dans ce dernier cas est d'un très grand intérêt pathologique. On pourrait retrouver des dilatations analogues qui contribueraient à l'élucidation de ce mécanisme. Il espère pouvoir quelque jour exposer ses vues sur ce sujet à la Société.

Le premier cas est celui d'une vieille femme qui mourut dans de grandes souffrances que l'on supposa être entièrement dues au cancer du col dont elle était atteinte.

Après la mort, outre le cancer médullaire du col et des parties adjacentes, on trouva l'utérus dilaté en une cavité mesurant environ deux pouces de diamètre, et constituée par une paroi d'environ une ligne d'épaisseur ; cette paroi était doublée entièrement d'une membrane pyogène et renfermait un liquide clair mais purulent. Il y avait atrésie du col.

Le deuxième cas est celui d'une femme stérile ayant eu 14 ans de mariage. Environ 3 ans avant sa mort elle commença à avoir un flux copieux, clair, purulent, parfois teinté de sang, provenant de l'intérieur de l'utérus, et qui ne cessa jamais. Elle souffrait quotidiennement d'attaques de douleurs intenses ayant tous les caractères d'une douleur spasmodique. Durant la vie on pensa qu'il s'agissait d'une ulcération intra-utérine probablement maligne. Ce mal n'est pas très rare, quoique ayant été rarement décrit. Dans quelques cas il y a, comme ici, beaucoup de douleur ; dans d'autres,

(1) *Trans. soc. obst. London*, vol. XXI, 1879, p. 54.

aucune. La remarquable augmentation de volume de l'utérus a déjà été signalée. La nature du mal n'est pas encore bien éclaircie. Il a récemment montré la pièce préparée d'un cas dans lequel, outre l'état ulcéré du corps, légèrement augmenté de volume, on trouva le léger grossissement et l'induration des ganglions lombaires. Dans le cas du docteur Godson qui fut exposé devant cette Société, il y a quelques séances, on n'a rien trouvé si ce n'est l'ulcération d'un utérus qui était légèrement augmenté de volume. Dans ces deux cas on ne pratiqua que l'examen macroscopique. Dans le cas présent, l'examen *post mortem* fut fait par le docteur Ormerod et le docteur Thin. Le résultat est ainsi décrit par le docteur Ormerod : On remarquera que, quelque convenable qu'il ait pu être d'appeler le cas malin, d'après les signes cliniques, on ne trouva rien de cancéreux à l'examen (1).

Autopsie environ 18 h. après la mort. L'abdomen seul est ouvert. Le corps n'est pas amaigri, la paroi abdominale est très grasse. Pas de liquide dans la cavité péritonéale, pas de signe de péritonite générale. L'omentum arrive au-dessus de l'ombilic et est adhérent en une seule petite place à la paroi antérieure de l'utérus. Au niveau de l'ombilic on trouve une tumeur de la taille d'une petite orange, fibrome sous-péritonéal de l'utérus, attaché à la paroi supérieure et antérieure de l'utérus dont il est séparé par un pédicule bien marqué. Derrière et au-dessous repose l'utérus à peu près de la taille d'un poing d'adulte, demi-fluctuant au toucher. La pression produit un flux de substance foncée, fétide, par le vagin. L'utérus n'est adhérent à aucun organe excepté l'omentum, comme il est déjà indiqué, et la vessie, comme on le verra.

L'utérus, les ovaires, le vagin, la vessie et le rectum ont été enlevés en masse. Le reste du pelvis paraît sain. Les ganglions lombaires ne sont pas augmentés de volume. Le foie examiné *in situ* est gros, mais n'est pas autrement atteint. Le rein droit est sain. La condition des organes enlevés est parfaite. Le rectum entière-

(1) Ces coupes furent plus tard examinées par le Dr Galabrin et, comme on peut le voir dans sa communication à la Société d'obstétrique de Londres, (1880) il estima qu'il s'agissait d'un sarcome à ses débuts et non pas seulement d'une simple inflammation.

ment sain ; pas de communications entre lui et l'utérus. La vessie également saine sans aucune communication. Le vagin est sain. Le col de l'utérus est gros mais distinct, la muqueuse demeurant adhérente. L'utérus était rempli d'un liquide épais et fétide, d'une couleur pourpre foncé et de la consistance d'une bouillie (*porridge*). La muqueuse entière était réduite à des lambeaux gangrenés. A la partie supérieure de l'utérus, au voisinage du fibrome sous-péritonéal, persistait du tissu ferme entre la tunique interne sphacélée et le péritoine. Dans d'autres parties, la paroi musculaire a presque disparu. Entre la partie supérieure de la vessie et l'utérus, un peu à droite de la ligne médiane, existent des adhérences circonscrivant une cavité remplie de la même substance fétide que l'utérus, mêlée de très peu de pus. Cette cavité communiquait avec la cavité utérine, les parois de l'utérus étant ici complètement détruites. La tumeur sous-péritonéale était nodulaire, sa surface revêtue d'un péritoine lisse, ferme, sans solution de continuité, présentant à la coupe l'apparence ordinaire d'une tumeur fibreuse et ne paraissant en aucune manière en corrélation avec la maladie de l'intérieur de l'utérus. Des coupes de l'utérus ont été examinées au microscope, le 19 février, par le docteur Thin et moi-même. On constate de petites cellules arrondies ne différant pas sensiblement en apparence de cellules de pus, la plupart agglutinées. Mais dans quelques parties du corps on pouvait voir des fibres musculaires utérines que les cellules semblaient infiltrer. Il n'y avait pas de limites définies entre les deux, les cellules passant entre les fibres. Au bord libre d'une coupe on vit, mais ce fut tout, deux cellules en forme de colonne, reste de la muqueuse.

Afin d'écarter tout conteste quant au caractère de ces cellules, quelques fragments de l'utérus furent grattés dans de la glycérine afin de les dissocier ; on vit que c'étaient des cellules de pus et non des cellules épithéliales.

Obs. VII. — FROELICH.

In thèse de BRATOFF (1) (Résumée).

Marie B..., 53 ans, 2 enfants. Entre en août 1893. Ménopause il y a 3 ans. Reste 1 an sans être réglée. Depuis 2 ans perd continuellement du sang par le vagin.

Amaigrissement, perte des forces et de l'appétit. Nausées, fièvre et douleurs très vives dans le ventre, au-dessus du pubis, depuis 3 semaines.

Toucher. — Col difficile à atteindre. Semble normal extérieurement ; entrouvert. Dans son intérieur on perçoit des fongosités dures. Palper bimanuel : utérus augmenté de volume. Diagnostic : épithélioma du corps de l'utérus.

Curettage. — La curette introduite dans le col ramène des fongosités cancéreuses. Tout à coup l'instrument perce une cloison et il s'échappe du col une énorme quantité de liquide purulent, teinté de sang et horriblement fétide. Le pus évacué peut être évalué à 150 gr. environ.

Je crus au premier moment avoir perforé un abcès péri-utérin, mais il s'agissait d'un utérus rempli de pus.

La curette se promène librement dans une grosse cavité et fait sortir du sang et des débris de néoplasma.

Tamponnement, gaze iodoformée. La malade quitte l'hôpital au bout de 15 jours. Elle n'a plus de pertes : mais, deux mois après, ses hémorragies se reproduisent. Cette observation est un cas ancien de pyométrie consécutive à un cancer du corps de l'utérus. Les fongosités ont obstrué le col, et les détritits cancéreux et la sécrétion purulente du néoplasme se sont accumulés dans la matrice et l'ont distendue.

(1) BRATOFF (Milan). *Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif*. Th. de Nancy, 1897-98, n° 26.

Obs. VIII. — GALABIN (A.-L.) (1).

Un cas de pyométrie. — Coupe microscopique de la paroi utérine.

Le docteur Galabin montre une coupe microscopique de la paroi utérine d'une femme âgée de 70 ans et atteinte de pyométrie. La femme mourut quelques jours après une opération de hernie étranglée. On avait noté que pendant la vie elle perdait du pus par le vagin, mais on n'a pas d'autres symptômes d'affection utérine. A l'autopsie, le corps de l'utérus fut trouvé distendu en une cavité qui avait trois pouces de diamètre. Il n'y avait pas d'obstacle au cathétérisme du col. La paroi interne de l'utérus se montrait enflammée d'une façon intense et il n'y avait rien à l'examen macroscopique qui indiquât l'existence d'un cancer. A l'examen microscopique, rien, si ce n'est une infiltration leucocytaire que l'on remarqua en plusieurs endroits. Mais une coupe ayant été faite près de l'orifice interne, en un point où la surface se montrait quelque peu ulcérée, on trouva les signes certains d'un carcinome en un point de la préparation. La surface utérine était occupée par des cellules renflées en massue. Entre elles, l'espace était occupé par des cellules semblables à celles que l'on trouve dans un carcinome alvéolaire ayant subi un commencement de désintégration. Ce cas montre que le pyomètre qui distend la cavité utérine peut être dû, en réalité, à une tumeur maligne de la paroi utérine, même quand l'aspect macroscopique et même l'examen microscopique (à moins que cet examen ne soit très complet) ont simplement montré de l'inflammation.

Il pense que ce cas est comparable à celui qui fut rapporté il y a quelques années par le docteur Mathews Duncan, dans lequel l'évolution et l'aspect avaient été celui d'une tumeur en apparence maligne, mais dans lequel le docteur Thin avait seulement trouvé une infiltration des parois de l'utérus par des cellules de pus. Il lui avait été permis d'examiner ce cas, et il pensait que quelques

(1) *Soc. obst. Lond.* XXII, 1880.

points de celui-ci permettaient de penser qu'il s'agissait d'un sarcome à ses débuts et pas seulement d'une simple inflammation. Les cellules étaient anguleuses et plus larges que des leucocytes. Il y avait entre elles un stroma fibrillaire ne ressemblant pas aux fibres musculaires de l'utérus. Parfois aussi on pouvait voir un processus unissant les angles des cellules.

Le docteur Galabin pense par analogie que l'utérus ne se distend pas par un obstacle qui se développe au niveau du col jusqu'à ce que l'obstruction soit absolue, mais peut se distendre par suite d'une maladie de ses parois sans obstacle à l'issue du pus.

Dans le cas de la vessie, la stricture de l'urèthre conduit à une petite vessie contractée, non à une vessie distendue, tandis que, dans le cancer des parois de la vessie, une large cavité avec paroi épaisse peut se former.

Obs. IX. — W. S. A. GRIFFITH, M. B. (1).

Le docteur Griffith montre encore un cas de pyomètre (n° 2,955, musée de St-Bartholomew's Hospital) comme une démonstration de l'occlusion du col par compression d'un fibrome, la cause qui entraîna probablement l'énorme hématomètre dans le cas que vient de rapporter M. Mérédith ce soir. Il est décrit comme il suit dans le catalogue du musée : Utérus dans la paroi latérale duquel un gros corps fibreux est enclavé. La tumeur a incliné latéralement l'utérus et tellement empiété sur sa cavité que le canal cervical est fermé du côté du corps. La cavité du corps de l'utérus, qui est grandement dilatée, était remplie de pus ; ses parois sont minces et sa muqueuse vascularisée d'une façon intense.

Le docteur Griffith expose que les circonstances qui produisent le pyomètre ou l'hématomètre après occlusion du col ne sont pas connues d'une façon certaine. Des pièces et des cas qu'il a observés il appert que, généralement, quelle que fût la cause de l'occlusion, le premier résultat fut l'hématomètre, le pyomètre n'étant que secondaire.

(1) *Soc. obst. Lond.*, XXIX, 1887.

Le docteur Braxton Hicks pense qu'il est possible, par l'examen des cas de pyomètre, de savoir si le pus vient vraiment de l'utérus, et cite pour exemple un cas où, le vagin ayant été fermé pendant la grossesse seulement, au septième mois, le travail commençant, la cloison vaginale fut ouverte et il s'échappa un liquide purulent. Il pense que celui-ci pouvait bien être la sécrétion de la cavité, retenue depuis sa fermeture.

Le docteur Ronth dit qu'il y a quelques années il avait vu un cas de pyomètre au Samaritan's Hospital. C'était un cas particulier. La jeune fille (environ 15 à 16 ans) n'avait jamais été réglée. En fait, elle avait un hymen imperforé. L'utérus faisait saillie au-dessus du pubis ; à chaque mois c'était une crise de douleurs, comme si elle eût dû enfin avoir ses règles. L'hymen fut ouvert et environ une demi-pinte de muco-pus sortit. Soit que les signes inflammatoires aient commencé dans le vagin et se soient étendus à l'utérus, ou vice versa, il ne pouvait le dire, mais en fin de compte la jeune fille guérit parfaitement.

Le docteur Godson mentionne le cas d'une femme, âgée de 42 ans, qui lui fut confiée à St-Bartholomew's Hospital en 1879 et qui avait une tumeur abdominale montant à un pouce au-dessus de l'ombilic, reconnue au palper être un utérus augmenté de volume. Elle racontait que ses dernières couches, il y avait deux ans et deux mois, avaient été très difficiles ; le fœtus était en état de décomposition et fut extrait au forceps. Elle avait depuis une inflammation et était sérieusement malade. Elle n'avait pas eu ses règles depuis, mais avait de cruelles souffrances chaque mois, autant que pour un accouchement. L'orifice utérin ne put être senti, ni vu au spéculum, mais il y avait une cicatrice passant au travers du col. Un bistouri lancéolé fut poussé au travers, puis une sonde utérine qui pénétra dans la cavité utérine et permit à une grande quantité d'un liquide louche de s'échapper.

A trois reprises et à de longs intervalles la malade fut de nouveau revue, la dernière fois en 1885. Les symptômes et l'état général étaient toujours les mêmes : grandes douleurs utérines, volume de l'utérus et atrésie du col. Cependant, on ne pratiqua aucune nouvelle incision, le contenu de l'utérus trouvant une

issue, de temps à autre. La quantité évacuée était généralement estimée à trois pintes. La malade a été vue dernièrement; elle souffrait du diabète, mais était assez bien sous les autres rapports, les règles ayant cessé. L'atrésie existait encore.

En réplique au docteur Braxton Hicks, le docteur Griffith expose que dans le cas récent de pyomètre qu'il a examiné et qui était secondaire à une occlusion par cancer, le liquide était, sans aucune espèce de doute, du pus; la muqueuse présentait les caractères d'une inflammation destructive.

Obs. X. — Gros.

In thèse de BRATOFF (1) (Résumée).

M^{me} T..., 56 ans, entrée en 1892.

Réglée à 16 ans. Mariée à 30. Deux accouchements normaux. Deux accouchements prématurés de 7 mois 1/2.

Ménopause à 50 ans.

Début il y a 18 mois. Pertes rouges, d'abondance progressive et accompagnées de douleurs lombaires et hypogastriques. Huit mois après le début de la maladie, les pertes diminuent un peu d'abondance et leur coloration devient plus rosée. Enfin ce dernier écoulement se suspendit lui-même, il y a 2 mois environ, et la malade ne perdit plus pendant 3 semaines. Au bout de ce temps la malade ressent de vives douleurs irradiées aux lombes et à l'hypogastre, et perd seulement une grande quantité de pus. L'écoulement persiste 15 jours environ; depuis une semaine il a presque disparu.

Etat actuel. — Au toucher on trouve le col dur, augmenté de volume, légèrement ulcéré au niveau de l'orifice externe, mais sans bourgeons exubérants. Le corps utérin me semble peu tuméfié; les culs-de-sac sont libres. L'utérus mobile peut être abaissé.

Opération. — Le 22 décembre. — Hystérectomie vaginale; pendant l'abaissement, la paroi antérieure de l'utérus se déchire; par l'orifice s'écoule un flot de pus.

(1) BRATOFF (Milan). *loc. cit.*

L'utérus enlevé montre un cancer infiltré du col, étendu sur la muqueuse de la cavité utérine.

Sortie guérie le 7 janvier 1893.

Obs. XI. — HAUSSEMANN (1) (Résumée).

M. Haussemann montre un pyomètre de la grosseur d'une tête d'enfant, résultant de l'occlusion du col par un cancer. Il s'agissait d'une femme de 72 ans. Cancer du corps pas très développé. Corps utérin si distendu qu'on n'y sentait pas de fluctuation et qu'il donnait l'impression d'un corps dur.

Obs. XII. — HOWARD KELLY.

Operative gynecology, vol. I, p. 553, cité par Récamier (2).

La malade était une négresse de 61 ans. Quoique les règles eussent cessé dix ans auparavant, elle avait des hémorragies depuis deux ans. Elle n'avait pas de leucorrhée, mais se plaignait d'une douleur brûlante dans le dos et l'abdomen et d'hémorragies qui duraient en moyenne deux jours et se continuaient par un écoulement aqueux. Elle avait été folle plusieurs fois.

Le col était haut dans le vagin, fixé à la paroi pelvienne gauche et, du côté droit, facilement sentie à travers les parois minces du vagin et de l'abdomen, était une tumeur fluctuante de 10 centimètres de diamètre. Le col était le siège d'une masse en dégénérescence cancéreuse mesurant 3 centimètres, de laquelle pendait dans le vagin de nombreux bourgeons détachés comme des loques, saignant facilement au toucher.

Le tissu cancéreux fut d'abord rompu avec le doigt, puis enlevé complètement à la curette tranchante, et la base fut cautérisée.

En faisant une exploration bimanuelle après le curettage, le doigt

(1) *Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie in Berlin*, 24 janv. 1896.

(2) J. RÉCAMIER. *Traitement du cancer utérin inopérable*, Paris, G. Steinheil, 1903.

vaginal plongea brusquement dans une cavité large et à parois souples, et cela produisit un bruit sec comme une explosion suivie de la sortie brusque de gaz hors du sac et d'environ 90 grammes de pus épais ayant une odeur infecte.

La cavité de l'utérus était distendue comme par une grossesse de quatre mois, et ses parois flasques s'aplatissaient sans se contracter. Le sac fut lavé avec une solution faible de bichlorure, et le vagin bourré de gaze.

Pendant sa convalescence, la malade devint délirante, et mourut par la suite dans un asile d'aliénés.

Obs. XIII. — LEGUEU (1).

Cancer du col. — Pyométrie méconnue. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.

M^{me} I. C. . . , âgée de 59 ans, entre à l'hôpital Broca-Pascal, salle Huguier, n° 43, le 23 juillet 1899.

Il y a deux mois, la malade a commencé à se plaindre de douleurs dans le ventre, s'irradiant aux reins, à l'anus, à l'ombilic. Puis sont survenues des pertes.

Réglée à 13 ans, mère de deux enfants, elle n'a jamais été malade ; la ménopause est survenue sans difficultés à l'âge de 52 ans, et depuis, rien n'est venu troubler sa santé, jusqu'aux accidents pour lesquels elle entre à l'hôpital.

Les pertes sont des pertes blanches et rouges, d'une odeur très forte et très spéciale ; elles sont à peu près continuelles, ne sont améliorées ni par le repos, ni par le lit ; elles s'accroissent cependant sous l'influence de la marche.

L'odeur spéciale ne permet pas de conserver le moindre doute sur la nature de la maladie.

Au toucher, on trouve le col végétant occupant le fond du vagin. Le vagin lui-même est envahi dans son tiers supérieur. L'utérus est

(1) LEGUEU et RELBREYEND. De la pyométrie, complication du cancer du col utérin. *Revue de gyn.*, 1899, p. 783, obs. IV.

immobile, inabaissable ; il y a une inflammation du ligament large gauche. Quant au corps de l'utérus, il semble augmenté de volume, mais la paroi abdominale est très épaisse et on a beaucoup de difficultés pour apprécier exactement le volume de l'utérus. M. Legueu pense néanmoins que le néoplasme s'est propagé jusqu'au corps de l'utérus, et, bien que le cancer se soit étendu au ligament large et au vagin, il propose de l'opérer par l'hystérectomie abdominale totale.

Opération le 1^{er} août 1899. — L'utérus est très gros, il atteint le volume d'un utérus au troisième mois, il est mou. On ne pense pas à une distension par un liquide quelconque.

Mais sous l'influence de la traction, l'utérus se sépare du col et du vagin et un flot de pus se répand dans la cavité pelvienne ; il vient de l'utérus, qui était distendu par 300 à 400 gr. d'un pus très fétide. Une fois le pus épongé et l'utérus enlevé, le néoplasme est extirpé à part, avec tout le tiers supérieur du vagin. Puis on enlève ensuite le ligament large gauche avec le tissu cellulaire du petit bassin et on trouve le long de la paroi pelvienne de gros ganglions adhérents, dont l'un même est suppuré. Drainage par mèche vaginale et abdominale.

A partir du second jour se manifestent les premiers signes d'une péritonite qui entraîne la mort de la malade le troisième jour.

Obs. XIV. — LEGUEU ET REBREYEND (1) (Obs. IV).

A. B. . . , 60 ans, entrée le 14 juillet 1897. Pertes rouges datant d'un an, ayant beaucoup augmenté ces derniers temps.

Depuis quelques semaines, douleurs très vives par intermittence. Un peu d'amaigrissement, mais état général bon. Dix couches normales, ménopause datant de 10 ans.

Etat actuel. — Etat général bon, abdomen flasque, aspect extérieur des organes génitaux normal ; vagin large, de longueur moyenne.

(1) *loc. cit.*

L'orifice du col, d'où s'écoule un liquide sanglant, épais, admet l'extrémité du doigt.

Le corps utérin, gros comme le poing, est piriforme, lisse à sa partie supérieure, élastique, libre, antéfléchi.

Rien aux annexes ni au paramétrium.

On décide de dilater le col, et d'après le résultat, de faire l'extirpation totale ou l'amputation du col.

Opération le 4 août 1897. Chloroforme.

La plus petite bougie d'Hégar est introduite et bute au niveau de l'orifice interne, sur un rétrécissement serré, qu'elle franchit difficilement. En appuyant plus fort, on la fait pénétrer de 12 centimètres.

Il sort du col un liquide épais, de couleur brun café ; avec une dilatation plus forte, on en fait sortir 60 cc.

En même temps sortent plusieurs petits fragments de tissu, dont la curette permet de retirer une plus grande quantité.

A ce moment, l'examen bimanuel montre que l'utérus est devenu plus petit, plus plat, plus mou.

On se décide à l'hystérectomie totale qui est faite sans difficulté. Ovaires atrophiés, trompes normales.

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital le 19 août en parfait état.

Examen de la pièce. — La muqueuse du col, dans sa partie inférieure, est normale ; à 2 cent. $1/2$ au dessous de l'orifice interne, on trouve, sur toute la circonférence, une masse néoplasique dont la curette a enlevé une large part. Elle s'étend sur une hauteur de 3 cent., jusqu'à l'orifice interne, et le dépasse même par endroit ; le néoplasme se termine en haut par une ligne sinueuse bien visible.

Cavité du corps élargie, muqueuse d'aspect lisse ; parois musculaires très épaissies ; à la coupe, orifices vasculaires dilatés.

Péritoine normal.

Au microscope, carcinome cylindrique du canal cervical ; épaississement de la muqueuse du corps.

Obs. XV. — LEVRAT¹(1).

Femme âgée de 52 ans, atteinte d'épithélioma bourgeonnant du col formant un énorme champignon vaginal qui descend jusqu'entre les petites lèvres. Le corps utérin a un volume plus gros que le poing.

Lésions du vagin et des annexes qui interdisent toute idée d'intervention totale.

Je tentai, au moyen de ciseaux courbes et du thermo-cautère, d'enlever toute la partie saillante dans le vagin ; j'y parvins sans trop de difficultés.

Il restait à ce moment encore une masse saignante à la place du col ; le thermo-cautère permit l'hémostase.

Je commençai alors à curetter toutes les parties accessibles en recherchant l'ouverture du col, qui n'apparaissait pas facilement.

Après quelques moments, mon instrument s'engagea brusquement dans un orifice qui était l'orifice utérin. Mais, en même temps, un flot de pus s'échappa et continua à couler pendant tout le curettage de la cavité.

Je fis alors un lavage complet de la poche à l'eau de Pagliari, en raison du suintement sanguin assez notable.

Les jours qui suivirent, pas d'hémorragies ; la cavité utérine reste perméable ; on se contente de pratiquer des lavages vaginaux au permanganate de potasse.

Huit jours après, dilatation à l'éponge préparée, curettage et thermocautère intra-utérin.

Quinze jours après, la malade n'a plus d'hémorragies ; elle a des pertes blanches que des injections antiseptiques rendent inodores. Le moignon du col est dur, cicatriciel.

Cette malade sort à ce moment fort améliorée. Elle n'a eu de récidive que 40 mois plus tard et a succombé 13 mois après sa sortie de l'hôpital.

(1) LEVRAT. De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable. *Congrès de chirurgie*, 1891 et *Bulletin médical*, 29 avril 1891.

Obs. XVI. — D^r ARTHUR H. N. LEWERS (1) M. D.

Cancer de l'utérus avec pyométrie.

Le docteur Lewers montre un exemple de volumineux pyomètre dans un cas de cancer du col pour lequel il a pratiqué une hystérectomie vaginale. La malade était une dame âgée de 55 ans, ayant passé l'âge de la ménopause depuis cinq ans. Avant l'opération, les grandes dimensions de l'utérus laissaient prévoir qu'il pouvait bien ne pas s'agir seulement d'un cancer du corps de l'utérus.

Le docteur Lewers, cependant, commença l'opération avec l'intention de pratiquer l'amputation supra-vaginale si cela semblait devoir suffire. Pendant l'opération, tout le champ opératoire fut inondé par un pus extrêmement fétide venant du corps de l'utérus au travers d'une ouverture siégeant au-dessus du niveau de l'orifice interne et due probablement à une déchirure causée par les tractions destinées à l'extraction de l'utérus. Il pouvait y avoir une demi-pinte de pus, plutôt plus que moins. Le docteur Lewers se décida à enlever la totalité de l'utérus (ce n'était pas chose très aisée, étant donné ses dimensions). Avant l'opération il y avait un peu de fièvre, mais après on ne nota aucune poussée fébrile et la malade recouvra une santé parfaite, bien que le péritoine, dans le voisinage de la poche de Douglas, ait été souillé par le pus fétide. Il attribue l'absence de troubles au drainage parfait qui se produit naturellement dans de telles circonstances.

Le docteur Griffith dit qu'il a, à plusieurs reprises, présenté devant la Société des cas dans lesquels, suivant les circonstances, du pus, du sang ou du mucus s'était amassé dans l'utérus après l'occlusion du canal cervical. Il a démontré que si le col était fermé, par quelque cause que ce fût, pendant la vie menstruelle, un hématomètre en était le résultat ; après la ménopause, un hydro-mètre, à moins que la cause de la sténose ne fût un cancer, auquel cas on avait affaire à un pyomètre ; l'existence occasionnelle d'une endométrite purulente avant l'obstruction du col pouvant alors

(1) *Soc. obst. Lond.*, XVIII, 1896.

modifier le résultat. Il faut remarquer qu'il n'est pas rare de rencontrer une dilatation marquée de la cavité utérine sans qu'il y ait un degré appréciable de sténose du col.

Obs. XVII. — RÉCAMIER. — *Traitement du cancer utérin inopérable*, p. 76. Obs. I (personnelle).

L'une de mes malades entra à Saint-Michel pour une douleur vive et persistante de la région pelvienne rendant la station debout presque impossible. Chaque soir elle avait une élévation légère de température, environ 38°, et des signes généraux d'anorexie, sans que sa santé générale fût cependant celle d'une infectée ; quelques hémorragies ; très peu de pertes blanches.

A l'examen on trouvait à la place du col de l'utérus une petite masse dure, saignante au contact. L'orifice du col était déplacé en arrière.

Par le palper bimanuel on reconnaissait l'utérus du volume d'une grossesse de 4 mois environ, dur et très sensible à la pression.

L'examen ayant prouvé que le col était bien le siège d'un épithélioma, j'attaquai à la curette ce néoplasme, creusant une sorte de canal qui peu à peu me conduisit dans la cavité utérine dilatée.

Il s'écoula alors presque un demi-litre de pus. Après un premier lavage, je fis un tamponnement lâche à la gaze. Il n'y eut aucune hémorragie. La malade fut soulagée immédiatement.

Cette malade resta quelque temps à l'hôpital, puis s'éloigna, et revint avec de nouvelles douleurs quelques semaines plus tard. Je constatai que le pyomètre s'était reproduit en partie, et il suffit d'une simple cautérisation au fer rouge, complétant un curettage, pour créer un large canal qui ne se referma plus.

La malade a été revue ; le cancer progressait lentement, mais les douleurs ne reparurent que plus d'une année après, lorsque les ligaments utéro-sacrés furent complètement envahis. Elle était opérée depuis plus de quinze mois. Elle fut ensuite perdue de vue et a dû mourir quelques mois plus tard.

Obs. XVIII. — RÉCAMIER. Obs. II (personnelle).

Religieuse de 60 ans. Depuis plusieurs mois, cette femme avait des pertes de pus clair et fétide, associées à une fièvre qui montait à 39° chaque soir ; les douleurs n'étaient pas très vives et c'est surtout pour remédier à l'écoulement qu'on me pria de lui donner des soins.

L'utérus était énorme, atteignant et dépassant l'ombilic, et donnant l'illusion d'un fibrome sous-péritonéal volumineux.

Par le toucher bimanuel, on se rendait compte que le col utérin était épaissi mais non infiltré de cancer, et qu'au-dessus de lui la tumeur faisait corps avec l'utérus lui-même.

Dans l'espoir de trouver peut-être un fibrome en voie de sphacèle, je dilatai le col et arrivai ainsi au milieu d'une masse de végétations à moitié gangrénées, plongeant dans un litre de pus fétide qui s'écoula au dehors à mesure que ma curette détruisit les bourgeons qui fermaient l'orifice supérieur du col.

Le col était très dilatable, comme dans le cas de tumeurs volumineuses intra-utérines ; la rétention était causée, non par lui, mais par une sorte de clapet formé par un gros bourgeon cancéreux. Manœuvrant tantôt avec les doigts, tantôt avec une large curette obstétricale, je retirai de la cavité utérine certainement la valeur de 1,000 grammes de fongosités épithéliales en voie de sphacèle.

L'étendue de la cavité et la crainte de perforer la paroi que l'on sentait friable m'empêchèrent de pousser le nettoyage plus loin ; je fis un tamponnement lâche de l'utérus et changeai ce drainage le lendemain. Il y eut un suintement coloré, mais pas d'hémorragie grave. On commença les lavages au chlorure de chaux ; la mauvaise odeur, l'écoulement fétide disparurent et la malade, qui ne se nourrissait plus, se reprit à manger et eut une amélioration remarquable pour quelque temps.

Cependant l'utérus ne revint pas sur lui-même d'une manière appréciable, l'écoulement reprit son abondance après cinq ou six semaines et la fièvre reparut avec lui, mais aucune douleur ne revint et la malade vécut encore six mois, puis s'éteignit.

Obs. XIX. — RÉCAMIER. Obs. III (Personnelle).

Femme âgée de 70 ans, souffrant depuis plusieurs mois de douleurs très vives dans le bas-ventre, que l'intensité des coliques décidèrent à consulter assez tardivement.

A l'examen, je trouvai l'utérus du volume d'une grossesse de trois mois et donnant à la palpation la sensation élastique d'une tumeur liquide. Le col était le siège d'un cancer squirrheux formant un anneau épais et solide ; il donnait passage à un écoulement sanieux et horriblement fétide.

Instruit par mon expérience précédente, je fis à cette malade non seulement un curettage qui, dès les premiers coups de curette, donna issue à un flot de pus, mais une cautérisation profonde au fer rouge de toute l'étendue du col, créant un large canal où l'atrésie ne semblait plus devoir se produire.

Par ce canal je fis, de suite, puis fis faire des lavages au permanganate. La douleur et l'odeur disparurent pour ne plus reparaitre. La malade partit pour la campagne et je sais qu'au moyen d'une longue canule, elle continua elle-même les lavages intra-utérins journaliers, moyennant lesquels elle n'eut jamais d'infection. Les douleurs ne reparurent pas, elle devint cachectique et mourut plus d'une année après cette intervention.

Obs. XX. — SIMPSON (1).

Cancer du col de l'utérus et de l'embouchure de l'urèthre. — Mort par rupture de l'utérus.

Le professeur Simpson montre une préparation des organes génitaux d'une femme qui avait souffert d'un cancer du col de l'utérus avec envahissement de l'orifice urétral, et chez laquelle la cause immédiate de la mort fut l'accident rare d'une rupture du corps de l'utérus. L'histoire de ce cas est la suivante :

(1) *Edinburgh medical Journal*. Janv. 1879, p. 653.

Isabelle F..., âgée de 60 ans, servante, admise le 29 octobre 1878. Elle était atteinte de rétention d'urine.

Histoire de la maladie actuelle. — Environ une semaine avant son entrée, la malade commença à avoir des difficultés pour uriner. Elles s'accroissent jusqu'à deux jours avant son entrée à l'infirmerie. Sa santé antérieure fut toujours bonne.

Etat actuel. — Aspect extérieur. C'est une femme bien conformationnée, d'une taille et d'un poids moyens, mais ses muscles sont maintenant bien atrophies ; l'expression de sa figure est quelque peu anxieuse. Sa peau est souple et moite. Temp. : 98, F.

Antécédents génitaux. — La menstruation fut toujours régulière. Elle a eu deux grossesses. Le travail dans les deux cas fut normal et facile. Elle ne se souvient pas de l'époque où elle cessa d'être réglée.

Examen de l'abdomen. — Les parois abdominales sont relâchées ; on voit les vergetures des grossesses antérieures. Il y a une grosseur dans le côté gauche, dans l'hypogastre et dans la région lombaire gauche, mais surtout dans la fosse iliaque gauche. A la palpation, celle-ci est quelque peu fluctuante. La percussion confirme la palpation : l'auscultation est négative.

Toucher et spéculum. — Autour de l'orifice urétral on voit une tumeur ulcérée. Le col est petit, mais dur, et fixé d'une façon inamovible dans la voûte vaginale indurée. Par l'examen bimanuel on reconnaît que la masse décrite à l'examen abdominal est l'utérus augmenté de volume. Aucune espèce de sonde n'est passée.

Progrès du mal. — La patiente fut d'abord admise dans le service de chirurgie où on lui retira une grande quantité d'urine. Comme elle restait incapable d'uriner, on la sonda deux fois par jour jusqu'à sa mort. Vers midi, le 4 novembre, elle commença à se plaindre d'une violente douleur dans l'abdomen, en particulier dans la région épigastrique ; elle persista jusqu'à la mort de la malade, qui survint dans la nuit du même jour.

Traitement. — L'urine fut extraite deux fois par jour. On administra de la morphine pour calmer les douleurs, et dans la nuit qui précéda sa mort le docteur Hart lui fit une injection sous-cutanée d'éther.

L'examen post-mortem confirma le diagnostic qu'on avait posé, c'est-à-dire cancer du col de l'utérus et du pourtour de l'urèthre, et issue d'une collection septique dans le péritoine. On pouvait sentir à l'extrémité de l'urèthre qui répond au vagin deux masses épithéliales indurées et comprimant la lumière de l'urèthre. La forme du col utérin était encore conservée bien qu'il se fut fait des métastases épithéliales dans ses parois et qu'elles aient gagné le tissu aréolaire péri-cervical. Il y avait au niveau de l'orifice externe un commencement de nécrose. Sa lumière était rétrécie et la cavité de l'utérus extrêmement dilatée ; ses parois étaient amincies, assez pour lui donner la forme et l'apparence d'une vessie. Elle contenait une certaine quantité de liquide sanieux ; la muqueuse avait l'aspect d'un dépôt diphtérique formé de caillots en décomposition et de cellules épithéliales détruites.

Au niveau du fond, contre la partie postérieure et gauche, il y avait une petite perforation du diamètre d'un pois à travers laquelle le reste du liquide s'était échappé et avait entraîné une péritonite rapidement mortelle.

Obs. XXI, XXII et XXIII. — WALTER W. H. TATE (1). M. D.

Trois cas de pyomètre compliquant le cancer du col de l'utérus.

Suivant les statistiques de Bürkle, dressées d'après les chirurgiens allemands, le pyomètre complique le cancer du col 17 fois sur un total de 273 cas, ce qui fait un pourcentage de 6,2. L'auteur l'a rencontré 3 fois sur 28 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col.

1^{er} Cas. — M^{me} R . . , âgée de 60 ans, veuve, a eu 9 enfants. Ménopause à 45 ans. Pertes peu abondantes, parfois teintées de sang, depuis 2 ans ; ont pris un caractère de gravité depuis 6 mois. Le col est très augmenté de volume et infiltré par le cancer qui comble la partie supérieure du vagin. Hystérectomie vaginale le

(1) Soc. obst. Lond., XXXIX, 18 oct. 1897.

9 juillet 1897. L'utérus contient 3 à 4 onces de pus très fétide. Guérison.

2^e Cas. — M^{me} R. . . , âgée de 61 ans, mariée, 9 enfants. Ménopause à 45 ans. Petites pertes vaginales teintées de sang depuis 9 mois, plus abondantes depuis 3 semaines avant son admission à l'hôpital. Col dur et infiltré par le cancer ; ulcération peu profonde tout autour de l'orifice externe. L'utérus n'est pas augmenté de volume d'une façon apparente. Hystérectomie vaginale le 30 juillet 1897. Le canal cervical est pratiquement fermé ; l'utérus est distendu en une poche qui contient environ 3 onces de pus très fétide. Guérison.

3^e Cas. — M^{me} B. . . , âgée de 65 ans, mariée, ménopause à 41 ans. Pertes teintées de sang depuis 4 ans, à intervalle d'une quinzaine. Depuis 5 semaines avant son entrée, pertes purulentes et abondantes. Le col est élargi et très dur avec une ulcération du col du vagin qui saigne facilement. A l'examen, le corps de l'utérus élargi et rénitent contient évidemment du liquide. Hystérectomie vaginale le 26 août 1897. L'utérus contient trois ou quatre onces de pus très fétide. Guérison.

Je me suis risqué à présenter les cas suivants devant cette Société car leur sujet ne semble pas être une complication très fréquente du cancer du col et ils semblent présenter quelque intérêt. Le docteur Sainclair, dans son article sur le *Cancer de l'utérus*, dans l'ouvrage d'Albutt et Playfair, s'appuyant sur le résumé des opérations de Bürkle jusqu'en 1892, établit que sur 273 cas d'hystérectomie vaginale pour cancer du col, l'affection était compliquée de pyomètre chez 17 des malades, ce qui donne un pourcentage de 6,2. Sur un total de 31 hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées pour cancer de l'utérus, 28 l'ont été pour cancer du col et dans 3 de celles-ci, l'affection se compliquait d'une collection de pus dans le corps de l'utérus, transformant cet organe en une sorte de tumeur kystique. Ceci donne un pourcentage de près de 11, mais cette énorme proportion est sans doute accidentelle. Chose curieuse, ces 3 cas de pyomètre se sont rencontrés dans les 5 dernières opérations pratiquées. Ce qui suit est un bref résumé des principales caractéristiques de chaque cas.

1^{er} Cas. — M^{me} R. . . , âgée de 60 ans, était une veuve qui avait 9 enfants. L'époque critique se manifesta à l'âge de 45 ans. Après la ménopause, elle n'eut aucune espèce de perte jusqu'à il y a 2 ans. Elle commença alors à perdre du sang de temps à autre, parfois quand elle va à la selle. Il y a 6 mois, les pertes commencèrent à devenir un peu plus abondantes et continuèrent ainsi par intervalle jusqu'à l'époque actuelle ; malgré tout ce ne furent jamais que de petites hémorragies. Elle croit avoir perdu dernièrement un petit débris charnu ; elle a eu parfois de vives douleurs, mais non constantes. Elle avait été envoyée de Pembroke en juillet dernier pour consulter le docteur Cullingworth et il me la recommanda chaudement en vue d'une intervention chirurgicale.

À l'examen, son état général fut trouvé excellent.

Au toucher, le col était très augmenté de volume et infiltré par une tumeur qui faisait saillie dans la partie supérieure du vagin. Cette tumeur était très friable et saignait facilement à l'examen.

La mobilité de l'utérus était à peine amoindrie. On nota un épaissement au niveau du ligament large droit, mais on pensa que l'ablation de l'utérus amènerait un grand soulagement, dans tous les cas, même si elle ne constituait qu'une opération palliative.

Le 9 juillet dernier je pratiquai l'hystérectomie vaginale. Après anesthésie de la malade, le corps de l'utérus fut trouvé élargi, mais la cause de cette augmentation de volume m'échappa. Je ne veux pas abuser du temps de cette société par des détails opératoires. On éprouva quelques difficultés à attirer au dehors le col, à cause de la nature friable de la tumeur, et aussi de l'élargissement de l'utérus. La nature exacte de son augmentation de volume ne fut reconnue que pendant les efforts destinés à attirer le corps de l'utérus à travers le vagin après ligature de la partie inférieure du ligament large. Pendant cette manœuvre, la paroi utérine friable et amincie se déchira et environ 3 à 4 onces d'un pus infect fit issue. Une abondante irrigation d'une solution de sublimé (1 pour 2,000) fut employée pendant le reste de l'opération.

La malade guérit sans aucun symptôme fâcheux et quitta l'hôpital 3 semaines après l'opération.

L'utérus enlevé, on constata que le mal avait envahi la totalité

du col jusqu'à l'orifice interne ; la pièce fut si endommagée pendant l'ablation, qu'il ne me parut pas convenable de la conserver.

2^e Cas. — M^{me} R..., âgée de 60 ans, fut envoyée au docteur Amand Routh, au « Samaritan Hospital », en juillet dernier. Comme l'hôpital était momentanément fermé pour le nettoyage annuel, il me pria de la prendre à « Saint-Thomas's Hospital ». Cette malade avait eu 9 enfants, la ménopause eut lieu à 45 ans. De cette époque jusqu'il y a 9 mois, sa santé fut parfaite. C'est alors quelle commence à perdre du sang par le vagin. Au début, elle en perdit une très petite quantité avec des intervalles d'une quinzaine pendant lesquels elle n'avait aucune perte. Pendant les trois semaines qui ont précédé son admission, les pertes ont été continuelles avec quelques petits caillots. Elle n'avait jamais eu de douleur et n'avait pas perdu de débris de tumeur. Au moment de son admission, le 23 juillet de l'année présente, elle avait les apparences d'une robuste femme et pleine de santé.

A l'examen, la portion vaginale du col fut trouvée atrophiée. Le canal cervical était légèrement excavé à sa partie inférieure et présentait une surface irrégulièrement ulcérée qui saignait très abondamment. L'utérus ne paraissait pas augmenté de volume, mais étant donné l'épaisseur de la paroi abdominale, le résultat de l'examen bimanuel n'était pas très probant. L'utérus était très mobile et il n'y avait pas trace d'extension du mal au tissu cellulaire, ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 3 juillet 1897. La marche de l'opération fut habituelle. Je dois dire que dans toutes mes opérations, j'emploie la ligature pour arrêter le ligament large.

Je ne reconnus que j'avais affaire à un nouveau cas de pyomètre que lorsque j'eus posé une ligature sur la partie inférieure du ligament large de chaque côté et ouvert le cul-de-sac de Douglas. En introduisant deux doigts et en sentant le corps de l'utérus élargi et rénitent, la nature de l'affection commença enfin à m'apparaître.

J'éprouvai une grande difficulté à attirer le corps de l'utérus élargi à travers le vagin, et pendant ces manœuvres, la paroi utérine céda et une quantité considérable, environ 3 à 4 onces, d'un pus verdâtre et extrêmement fétide s'échappa de la cavité utérine,

Après évacuation, l'opération fut terminée sans difficulté. La température la plus élevée après l'opération fut 99,8, F. La malade guérit parfaitement et quitta l'hôpital au bout de trois semaines.

3^e Cas. — M^{me} B..., âgée de 65 ans, fut envoyée à Saint-Thomas's Hospital par le docteur Horner-Scutt, d'Egham. La malade était mariée et avait eu 7 enfants. La ménopause eut lieu à 44 ans. Il y a 4 ans, la malade nota pour la première fois une petite perte sanguinolente qui dura environ une quinzaine. Elle n'avait aucune odeur et ne s'accompagna pas de douleur. Elle se reproduisit ainsi à intervalles éloignés jusqu'à il y a 5 semaines. Mais durant les 5 dernières semaines, cet écoulement a été continu et est devenu purulent et abondant. La malade a perdu de son poids ; son sommeil s'est fait irrégulier. Au toucher vaginal, le col était très élargi et très dur. La portion vaginale présentait une surface ulcérée irrégulière, qui saignait très abondamment. Il n'était cependant pas friable. L'utérus était aussi élargi jusqu'à atteindre le diamètre d'une petite orange et distinctement rénitent : appréciant le cas avec l'expérience du souvenir des deux précédents, il me sembla certain que cette augmentation de volume me démontrait un nouveau cas de pyomètre. Le mal ne s'étendait pas aux parois vaginales ; mais du côté gauche, le ligament large se trouvait quelque peu épaissi. La mobilité de l'utérus n'était pas intéressée.

Bien qu'il y eût une certaine induration au niveau du ligament large gauche, j'avertis la malade que l'on devait enlever son utérus si l'on voulait prendre une mesure curative, et qu'il me semblait y avoir grand risque à laisser les choses sans intervenir.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée le 26 août 1897. Au cours de l'opération, le pus commença à s'échapper par le col ; le même pus infect que j'ai mentionné dans les deux cas précédents.

Comme j'étais désireux de conserver la netteté du champ opératoire, une ligature à la soie fut jetée autour du col pour prévenir une échappée ultérieure. Plus tard cependant, il fut impossible d'attirer l'utérus élargi au travers du vagin, aussi la ligature fut-elle ôtée et environ 2 onces de pus furent évacués. Le col fut alors fermé avec des clamps pour prévenir toute évacuation et l'opération fut terminée suivant le procédé habituel.

Après ablation de l'utérus, une incision fut faite le long de la paroi antérieure. Il se trouva qu'il contenait encore une once et quart de pus fétide. La tumeur fermait presque complètement le canal cervical. La muqueuse de l'utérus était très injectée mais non ulcérée. La malade guérit parfaitement et partit le 25 septembre dernier. La température la plus élevée après l'opération fut de 100°, F.

Vous voudrez bien remarquer que, dans tous les cas décrits, les malades avaient passé la ménopause depuis plusieurs années ; deux d'entre elles avaient 61 ans, la troisième 65 ans.

Le carcinome s'est développé à une époque où l'on s'attend à trouver un état atrophique du col. Dans un col pareil il est facile de comprendre comment l'occlusion du canal cervical par une tumeur peut se constituer aisément, à la suite de laquelle des pertes peuvent naître d'une endométrite sénile, s'amasser dans l'utérus et s'injecter au travers d'une tumeur friable et fissurée. Aussi loin que l'on puisse voir le mal sur le col, le canal cervical apparaît presque entièrement fermé dans chacun des trois cas décrits. L'occlusion du col ne doit pas cependant passer pour être une condition nécessaire à l'établissement d'un pyomètre. Si l'on en croit le Dr Galabin, l'utérus peut commencer à se distendre soit dans le cas d'un obstacle à l'écoulement par le col, soit par une affection des parois du corps de l'utérus sans qu'il y ait obstacle à un écoulement par le col.

Dès l'année 1880, le docteur Galabin présenta devant cette Société un cas de pyomètre. Il s'agissait d'une femme âgée de 70 ans qui avait perdu du pus par le vagin pendant plusieurs années.

L'utérus était distendu en une poche mesurant 3 pouces de diamètre et remplie de pus, mais il n'y avait pas d'obstruction du canal cervical. A l'œil nu on ne voyait aucune trace évidente d'affection maligne, mais l'examen microscopique montrait une apparence de carcinome juste au-dessus de l'orifice interne. Le cas était d'autant plus intéressant qu'il montrait que cette distension du corps utérin par du pus peut se produire en l'absence de tout obstacle à son écoulement. En parcourant les Bulletins de la Société, je trouve que quatre autres exemples de ce cas ont été notés. Deux d'entre eux furent présentés par le docteur Mat. Duncan. L'un était

secondaire à un atrésie du col par une affection carcinomateuse. L'autre s'était présenté chez une femme âgée de 60 ans qui avait eu des pertes périodiques de pus pendant trois ans. Elle souffrait quotidiennement d'attaques aiguës, de douleurs allant jusqu'à la syncope. Le col était tout à fait sain, mais l'utérus était dilaté et rempli d'un pus épais, fétide, et la muqueuse était dans un état d'inflammation aiguë.

Un troisième cas intéressant fut noté en 1887 par le docteur Griffith. Ici, le pyomètre s'était développé à la suite de l'obstruction du canal utérin par un fibrome volumineux, de telle sorte que le canal cervical était complètement séparé de la partie supérieure de l'utérus, qui était transformée en un pyomètre.

L'année dernière encore, le docteur Lewers montra devant cette Société un cas de pyomètre secondaire à un carcinome du col. Il avait commencé l'opération dans l'intention d'exécuter une amputation supra-vaginale ; mais la maladie s'étendant au-dessus du niveau de l'orifice interne, il eut à enlever l'utérus entier.

Un nombre considérable d'autres cas de pyomètre ont été notés dans lesquels cet état était associé à un hymen imperforé, ou consécutif à la cicatrisation du col ou du vagin après une lésion pendant l'accouchement, ou une ulcération de caractère non malin. Un nombre tout à fait considérable de pyomètres latéraux ont été notés dans des utérus bicornes et cloisonnés. Plusieurs de ces cas sont extrêmement intéressants et peuvent donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic ; mais ils forment une série distincte en dehors du sujet de cet article.

En ce qui concerne les symptômes, il n'y a rien qui puisse suggérer le fait que l'utérus est dilaté en une poche contenant trois ou quatre onces de pus infect. Dans aucun de mes cas il n'y eut rien de cette douleur intense, spasmodique, que l'on constate fréquemment dans les cas de cancer du corps de l'utérus, et à laquelle on pourrait s'attendre, étant donné la dilatation de la cavité par le pus. Il n'y aurait non plus aucune élévation de température due à une absorption septique.

Au regard du diagnostic, dans aucun des cas ci-dessus décrits il n'y eut à l'intérieur de l'utérus assez de pus pour faire penser que

l'utérus était augmenté de volume. Sans doute, dans quelques cas de pyomètre provenant de malformation congénitale, et peut-être dans quelques cas où il existe une large collection de pus *in utero* due à une atrésie du cervix ou du vagin, un diagnostic correct peut quelquefois être posé. Cependant, dans les cas de maladie maligne du col, on trouve à l'examen bimanuel un utérus grossi et distinctement rénitent ; la possibilité qu'une telle tuméfaction soit causée par la distension de la cavité utérine par le pus mérite qu'on y songe, et, dans tous ces cas, l'extirpation complète de l'utérus serait l'opération de choix. Dans mes trois cas, ce pus était extrêmement fétide, on pourrait presque dire caractéristique. Pour ce qui est des effets de l'existence d'un pyomètre sur l'opération, il n'y a aucun doute que la tuméfaction de l'utérus n'ajoute quelque peu à la difficulté de l'opération. L'utérus ne descend pas si facilement quand on tire sur le col, et la délivrance de l'utérus à travers le vagin est plus difficile. Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il y a beaucoup de sclérose sénile du vagin.

On peut maintenant se demander si la souillure du champ opératoire par un pus infecté ajoute aux risques de l'opération. D'après les statistiques de Burkle ci-dessus mentionnées, sur 17 cas où le carcinome du col se compliquait de pyomètre, 7 finirent d'une façon fatale. La cause probable de la mort fut la péritonite septique. C'est là une très forte proportion de mortalité et il semble possible qu'elle soit due à ce fait que beaucoup d'opérateurs allemands (ces statistiques sont un résumé d'opérations allemandes) ferment la cavité péritonéale, puis suturent la muqueuse vaginale. Il me semble que la sûreté de l'hystérectomie vaginale dépend de l'ouverture laissée libre dans le toit vaginal en usant comme drain d'une mèche iodoformée. Il suffit de dire que mes trois femmes guérissent sans aucune complication et que, en aucun cas, la température ne s'est élevée au-dessus de 100° F.

Il serait intéressant de savoir quel serait le résultat de ces cas abandonnés à eux-mêmes. La trompe de Fallope se distend-elle graduellement et la péritonite septique s'en suit-elle avec une terminaison rapidement fatale, ou bien se développe-t-il une péritonite septique, l'infection se communiquant directement à travers la

paroi utérine ? Je serais heureux de connaître le résultat de l'expérience des membres de cette Société qui ont eu l'occasion de voir l'autopsie de telles malades mortes à l'hôpital. J'aimerais aussi à connaître leur opinion sur le point de savoir si cette affection est spéciale à des cas de cancer du col survenant plusieurs années après la ménopause, quand le col est atrophié, comme mes cas pourraient le faire présumer.

Il y a quelques semaines seulement, à la consultation des malades externes de « St-Thomas's Hospital », j'ai vu une patiente de 68 ans se plaignant de pertes purulentes vaginales datant de deux ans et demi et qui, depuis 12 mois, étaient sanguinolentes et infectes. A l'examen, je trouvai le col ulcéré et infiltré de cancer, et le corps de l'utérus gros comme une balle de tennis et distinctement rénitent. Elle refusa d'entrer à l'hôpital, mais je pense qu'il y a peu de doute que l'utérus, grossi et élastique, ne fut aussi un cas de pyomètre. Il m'intéressera de suivre le cas autant que possible.

Le docteur Lewers dit avoir été très intéressé par le rapport du docteur Tate. Il a à son actif 64 opérations radicales de cancer de l'utérus. En en excluant 10 qui étaient des cas de cancer du corps de l'utérus, il reste 57 opérations pour cancer du col. Dans ce nombre il a rencontré deux exemples de pyomètre, dont le plus gros était le spécimen qu'il a déjà présenté à la Société, et auquel le docteur Tate a fait allusion. Dans ce cas, il (le docteur Lewers) enleva l'utérus entier, non en raison du pyomètre, mais parce que la tumeur s'était étendue si haut que la guérison réclamait l'hystérectomie complète.

Pour ce qui est des symptômes dans ces cas de cancer du col avec pyomètre, il y eut dans quelques cas une élévation modérée de température la nuit. Il en fut ainsi dans les cas du docteur Lewers mentionnés plus haut. Il est d'accord avec le docteur Tate pour reconnaître que cette complication n'affecte pas le résultat de l'opération et il pense avec lui que la raison en est dans le libre drainage qui s'exerce par l'incision du cul-de-sac de Douglas laissée ouverte.

Dans deux cas du docteur Tate, il nota que l'hystérectomie fut pratiquée bien qu'une certaine induration, due probablement à

l'extension du mal, se fit sentir au niveau de l'un des ligaments larges ; en fait, l'opération fut entreprise comme traitement palliatif. Pour sa part, il ne conseille pas l'opération quand le mal s'étend au-delà des limites de l'utérus. Il lui semble que ce n'est pas la peine de faire subir à la malade une opération telle que l'hystérectomie vaginale dans un but simplement palliatif. Il remarque que le docteur Tate renvoie ses patientes au bout de trois semaines. Il les garde lui-même au lit trois semaines, mais il a vu une hémorrhagie secondaire se produire tardivement à la fin de la troisième semaine. Le docteur Lewers a rencontré ses deux exemples de pyomètre chez des femmes ayant passé de plusieurs années la ménopause.

Le docteur Lee a observé cinq cas de pyomètre dans le cancer du col. Les patientes avaient toutes passé de plusieurs années la ménopause. Il avait examiné dans quatre cas le pus au point de vue bactériologique par des cultures sur gélatine et agar et l'avait toujours trouvé stérile. Il ne croyait pas que la présence du pyomètre accrût les risques de l'opération.

L'orifice interne était le siège de l'occlusion : on y trouvait un anneau de tissu dense ; au-delà, la cavité utérine était entièrement libre de néoplasme.

Dans deux cas, la douleur utérine fut ressentie presque au début des symptômes ; il semble en résulter que l'occlusion de l'orifice interne peut quelquefois se produire de bonne heure. Au microscope, quelques cas montrèrent une activité glandulaire considérable.

Le docteur Amand Routh pensait que le fait si bien exposé par le docteur Tate démontrait que des cas de pyomètre peuvent exister sans sténose du col, fait de grande importance, permettant d'expliquer ces cas d'hydromètre et ces rejets d'une grande quantité d'un liquide clair, couleur paille, qui ne sont pas rares après la ménopause. Dans beaucoup de ces cas il n'y a pas d'obstruction du col et il n'existe pas d'épaississement du canal.

En ce qui concerne les deux cas du docteur Tate, d'hystérectomie vaginale où les tissus environnants étaient déjà visiblement dégénérés, il dit que l'on ne pouvait être sûr que de telles indurations

fussent malignes et non inflammatoires, car il existait souvent une absorption septique résultant de l'état du col. Il cita le cas d'une femme chez qui il avait exécuté l'hystérectomie vaginale à l'hôpital de Charring-Cross en 1897. L'utérus était très immobilisé, avec un col creusé d'une ulcération maligne. Après consultation, l'opération fut décidée, et la femme vécut six ans sans rechute. Une récurrence certaine s'était seulement montrée en juillet dernier, juste au-dessus de la cavité vaginale.

Obs. XXIV. — VAUTRIN, *Revue Médicale de l'Est*, 1893 (résumé).

Femme âgée, pertes continues peu abondantes et exclusivement sanguinolentes. Pas de lésions du col. Utérus volumineux et peu mobile. Fond de l'utérus affleure le pubis. Fortes douleurs dans les reins et le bas-ventre. En apparence, pas de périmétrie.

Hystérométrie = 10 cent. Il s'écoule 400 gr. de pus. Débris fongueux. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un épithélioma.

La malade refuse l'hystérectomie. On pratique à titre palliatif l'amputation de l'utérus au-dessus de l'orifice interne. On tombe en plein tissu cancéreux ; on l'excise à la face interne de la matrice ; on constate que le fond de l'utérus est indemne.

Elle quitte l'hôpital ne perdant plus et ne souffrant plus.

Obs. XXV. — VAUTRIN, *Revue médicale de l'Est*, 1893 (Résumée).

M^{me} X. . . , 40 ans, souffre depuis deux à trois ans d'une affection sérieuse. Douleurs dans le côté gauche où l'on sent une tuméfaction disparaissant à certains intervalles pour se reproduire ensuite.

La malade aurait remarqué que la disparition de cette tuméfaction coïncidait toujours avec des pertes abondantes de matières jaunâtres d'une odeur infecte, par le vagin. Les souffrances s'accroissaient beaucoup plus au moment de l'apparition de la tuméfaction iliaque gauche.

Col utérin très dur, mamelonné ; sa consistance appelle l'idée de dégénérescence cancéreuse, hypothèse que vérifie l'examen histologique.

Hystérométrie. — Utérus profond de 10 centimètres, très large à sa partie supérieure et semblant rempli dans son segment inférieur par une substance molle et très saignante, car il s'écoule du pus mêlé de sang le long du catheter. On introduit, pour un lavage, une sonde intra-utérine de Doléris. Il s'écoule aussitôt un flot de pus évalué à 250 grammes.

Par pression, il s'écoule encore un demi-litre de liquide purulent épais, sanieux, très odorant.

L'utérus, élevé et immobile, s'oppose à l'hystérectomie ; on se contente de curetter et de drainer largement.

Amélioration passagère.

Obs. XXVI. — WEISS. In thèse de BRATOFF.

M^{lle} X..., 50 ans. Depuis un an, vives douleurs et écoulement abondant et fétide. Les douleurs ont un caractère paroxystique très marqué. Il se montre surtout quand l'écoulement fait défaut ; elles diminuent quand celui-ci se reproduit, ce qui arrive environ tous les deux jours.

Toucher. — Col petit, atrophié, sans nodosités ; utérus dépasse le pubis.

Dilatation du col. — Il s'écoule un demi-litre de pus sanieux.

Curettage. — Fongosités cancéreuses abondantes.

Mort de cachexie quelques mois après.

Obs. XXVII. — WEISS. Revue médicale de l'Est, 1892.

M. G..., 68 ans. Nombreux enfants.

Examen le 27 février 1892. A présenté pendant longtemps des douleurs et des pertes. L'apparition tardive de fongosités dans la cavité du col révèle la nature du mal.

L'utérus est mobile.

Hystérectomie vaginale le 1^{er} mai 1892.

Après circulaire de la muqueuse vaginale du museau de tanche, en attirant le col, celui-ci se détache et un flot de pus inonde le champ opératoire ; environ 300 grammes.

Lavage ; terminaison de l'opération.

Mort le 5^e jour de péritonite.

Examen de la pièce. — Epithélioma étendu à toute la muqueuse utérine.

Obs. XXVIII. — WEISS. *Revue médicale de l'Est*, 1892.

M. P. . . , 52 ans. Pas d'enfant. Début de la maladie actuelle il y a 6 ans.

Actuellement (mars 1890), fièvre, teint terreux, perte de l'appétit.

Douleurs utérines très vives, revenant avec une périodicité parfaite tous les deux jours, vers 7 h. du soir, et s'accompagnant d'un écoulement vaginal extraordinairement abondant et souvent d'hémorragies profuses. Ces douleurs étaient exécrables et ressemblaient à celles des contractions expulsives de la matrice ; elles duraient avec les mêmes caractères depuis de longues années, mais s'étaient notablement accentuées dans ces derniers temps.

Hergott père, avait examiné la malade et reconnu, à l'apparition de fongosités dans l'intérieur de la cavité cervicale, l'existence d'un cancer de l'utérus.

A l'examen. — Grand développement du ventre dû à la tumeur abdominale. Celle-ci, très dure, remplit le bassin et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le palper, combiné au toucher, permet de reconnaître qu'il s'agit d'un utérus augmenté de volume et atteignant les dimensions d'une grossesse de six mois.

Curettage palliatif le 26 mai 1890. On débarrasse le col des végétations qui l'encombrent, puis, au moment où la curette pénètre dans l'intérieur de l'utérus, il sort un litre et demi sinon deux litres de pus glaireux. Le curettage est achevé : les débris de tumeurs ramenés sont examinés par le docteur Baraban ; ils ont tous les caractères d'un épithélioma ordinaire.

D'après l'auteur, la femme devait être atteinte depuis longtemps d'un cancer du corps utérin. Le diagnostic ne fut fait que tardivement, alors que le cancer s'était étendu au col. L'oblitération du col par les bourgeons avait amené une pyométrie.

L'état de la malade s'améliore d'une façon considérable. Elle est de nouveau curettée un an après. Deuxième examen des bourgeons qui confirme leur nature cancéreuse.

En 1892 la malade passe entre les mains d'un autre médecin qui cautérise le col avec un caustique violent. A son retour, Weiss trouve une cicatrice englobant le fond du vagin et le col utérin. Bien que le canal cervical fût perméable (ce que démontrait l'écoulement utérin), il était devenu impossible de passer l'hystéromètre, tant le rétrécissement était étroit et tortueux. L'utérus se distendant de plus en plus, les douleurs deviennent intolérables. Weiss fait une laparotomie exploratrice, trouve un utérus distendu, fluctuant, à parois épaisses. Il n'ose pratiquer l'hystérectomie avec une poche difficile à ponctionner et contenant un pus aussi fétide; il pratique à titre palliatif la marsupialisation de l'utérus.

Amélioration. — Chose curieuse, à un moment donné, par cette sorte de lavage rétrograde, le col utérin redevient perméable et l'injection faite par le drainage abdominal reflue par le vagin. Alternatives diverses; mort trois ans après dans la cachexie. L'abcès utérin s'était ouvert dans le rectum.

Obs. XXIX. — ROUTIER (Inédite).

C . . , L., 57 ans. Ménopause il y a 6 ans; pertes sanieuses depuis quelques mois.

Elle entre à l'hôpital Necker, en médecine, parce qu'elle a eu une violente douleur abdominale, avec perte de connaissance. Pendant son séjour dans le service de médecine, elle a de 38°2 à 39°6, et à plusieurs reprises, on a cru qu'elle avait évacué du pus par le rectum. Le Dr Routier l'examine le 6 novembre 1906. Elle a un col dur, effacé, et en arrière, une grosse masse fluctuante, s'étendant surtout vers la droite. Elle a maigri; elle est cachectique.

Elle passe dans le service du Dr Routier. — Elle a 39°. Le specu-

lum s'ouvre mal dans le vagin, comme dans les cancers du col. Il semble que le col, très dur, correspond à un corps utérin placé en avant d'une masse fluctuante, postérieure et droite.

Opération. — 10 nov. 1906. Laparotomie ; l'utérus forme une grosse masse fluctuante avec de gros annexes à D et à G. Hystérectomie très difficile pour enlever le tout sans ouvrir l'utérus. L'utérus est plein d'un pus infect ; le col, à demi disparu est très dur.

Suites simples ; sort le 5 décembre 1906. Revue en février et mai 1906, très bien portante.

Cette observation que nous devons à la grande obligeance de M. Routier qui a bien voulu nous la remettre, ce dont nous lui sommes très reconnaissant, n'occupe pas la place qu'elle devrait avoir ; les considérations que l'on peut en tirer ne figurent pas au cours de notre travail parce que nous n'avons été en sa possession que lorsque celui-ci était déjà imprimé. Il s'agit d'une forme douloureuse à évacuations intermittentes. Ces douleurs, par leur apparition sous forme de crise, par leur intensité, auraient pu faire croire à l'existence d'un kyste à pédicule tordu. La malade avait de la fièvre et de la cachexie d'origine septique, faits rares dans la pyométrie. L'issue opératoire a été des plus heureuse.

Le Président de thèse,
SEGOND.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel.** Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpers bei Carcinom der Portio. *Centr. für Gynäk.*, 1889, n° 1.
— *Arch. für Gynäk.*, Bd XXXII, Hft 2.
- Aristote.** Histoire des animaux, liv. IV de la Génération des animaux, chap. IV, œuvres complètes. Berlin, 1831-36. Becker, 4 vol. in-4°.
- Astruc.** *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1761-63.
- Barnes.** *Maladies des femmes*, p. 63, 69, 163, 430. Traduit par CORDES. Paris, 1886.
- Becquerel.** *Traité clinique des Maladies de l'utérus*, 2 vol. in-8. Paris, 1859.
- Bernutz.** *Traité des maladies des femmes*. Paris, 1860.
- Boivin et Dugès.** *Traité des maladies de l'utérus*, 2 vol. in-8. Paris, 1833.
- Bonet.** *Sepulchretum, sive Anatomia practica*. Genevæ 1700, lib. III, sed. XXI, obs. LV.
- Bonnet (Stéphane) et Paul Petit.** *Traité pratique de gynécologie*, p. 125. Paris, 1894.
- Bratoff** (Milan). *Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif*. Thèse Nancy, 1897-98, n° 26.
- Breisky.** A. J. G. II, 1. — IV, 1. *Prag. med. Wochenschr.*, 1876.
- Courty.** *Traité des maladies de l'utérus*, in-8. Paris, 1866.
- Cruveilhier.** *Anatomie pathologique*, t. II, p. 849.
- Dance.** *Archives de médecine*, oct. 1829.
- Delbet (Pierre).** Article : Maladies de l'utérus in *Traité de chirurgie de DUPLAY et RECLUS*. Paris, 1897.
- Depaul.** *Bulletin de l'Académie de Médecine*, XIX, 1854.
- Desprésaux.** *Du curettage de l'utérus*. Thèse Paris, 1888.
- Doleris.** *Métrites et fausses métrites*, in-8, Paris, 1902.
- Duncan (Mathews).** Pyometra, two specimens, one from atresia of the cervix, the second the cervix, widely open. *Trans. obst.* London, vol. XXI, 1879, p. 54.

- Eggel.** *Berl. klin. Wochenschr.*, 1870, 17 ; 1872, 36.
- Fabrice d'Aquapendente.** *Œuvres chirurgicales*, in-12. Lyon, 1549.
- Faure (J.-L.).** Article Pyométrie in *Pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1907.
- Ferret.** *Bull. et Mém. sc. de chir.*, 1887, n. s. XIII, p. 291.
- Frælich.** In thèse de MILAN BRATOFF.
- Frank (P.).** *Epitome de curandis hominum morbis*, liber VI, de retentionibus, pars prima. Tubingæ, 1811, p. 83-86.
- Freund.** *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.*, II, 26.
- Fritsch.** *Traité des maladies des femmes*, traduit par J. STAS. Paris, 1874.
- Gaillard (Thomas).** *Traité clinique des maladies des femmes*. New-York, 1879.
- Galabin (A.-L.).** Case of pyometra. Microscopic section of the uterin Wall. *Trans. obst. soc.* London, 1880.
- Godson.** In article Pyometra par GRIFFITH. *Trans. obst. soc.* London, 1887.
- Griffith (W. S. A.).** Pyometra. *Trans. obst., soc.*, XXIX, London, 1887
- Gros.** In thèse MILAN BRATOFF.
- Hansemann.** *Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie*. Berlin, 1896.
- Haussmann.** *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, II, 1877.
- Hegar.** *Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn.* III.
- Heppner.** *St-Petersb. med. Wochenschr.*, 1872.
- Herrgott.** Thèse d'Agrégation, 1878, p. 225.
- Hervez de Chégoïn.** *Soc. de chirurgie*, 1868.
- Hottenier.** *Société de biologie*, mars 1879.
- Howard-Kelly.** *Operative Gynecology*, vol. 1, p. 553.
- Jacquet.** *Zeitschr. f. u. Gyn. Fr.* p. 130.
- Junior Vitrac.** *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, XLIX, juin 1898, p. 464.
- Labadie-Lagrave et Legueu.** *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, Paris, 1904.
- Lados.** *Gaz. méd. de Paris*. 1869.
- Landau.** *Soc. obs. et gyn. de Berlin*, 13 juillet 1898.
- Lee.** In three case of Pyometra, par TATE. *Trans. obst. soc.* London 1830.
- Legueu et Rebreyend.** De la pyométrie, complication du cancer du col utérin. *Revue de gyn.*, 1899, 7. 783.
- Levrat.** De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable. *Congrès de chir.*, 1871. — *Bull. méd.*, avril 1891.
- Lewers (Arthur H.-N.).** Cancer de l'utérus avec pyométrie. *Trans-obst. soc.* London, XVIII, 1896.

Marchand. *Soc. de chir.*, 13 juin 1892.

Martin (A.). *Traité clinique des maladies des femmes*, traduction VARNIER et WEISS.

Martineau (L.). *Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes*. Paris, 1879.

Menières. *Journal des connaiss. méd.*, juin 1885.

Morgagni. *Epistolæ anatomicæ*. Lugd. Bat. 1741; épist. 46, art. 17; épist. 47, art. 14-28; épist. 56, art. 10-17; épist. 57, art. 2; épist. 66, art. 17; épist. 67, art. 9-11.

Moritz (F.-A.). *Obs. in uteri morbos organicos*. Berlin, 1830.

Müller (P.). *Scanzoni's Beitr.* V, 67.

Nauche. *Des maladies de l'utérus ou de la matrice*. Paris, 1816.

Neugebauer. *Arch. f. Gyn.*, II, 246.

Olshausen. *Arch. f. Gyn.*, I.

Patix. *Traité sur le cancer de la matrice*, Paris, 1820.

Pichevin et Aug. Petit. *Gyn.*, 1896, p. 136.

Polailon. *Maladies des femmes*. Paris, 1901.

Pozzi. *Traité de Gynécologie clinique*, 3^e édit. Paris, 1897.

Récamier (J.). *Traitement du cancer utérin inopérable*. Paris, G. Steinheil, 1905.

Rennert. *Obs. f. Gyn.*, 1882.

Revue médicale, t. IV, 484, 1830.

Reynolds. *Pyométrie. Nouvelles archives d'obstétrique*, 1894, p. 509.

Rheinstadter. *Arch. f. Gyn.* XIV.

Rheinstaedter (M.). *Collection purulente du vagin et pyométrite. Bulletin médical*, 1890, p. 262.

Rose. *Mon. f. Geb.* XXIX.

Routh (Amand). *In Three cases of pyemetra*, par TATE. *Trans. obst. soc. Lond.* 1897.

Saurenhaus. *S. Gesell. für Geb. und. Gyn.* Berlin, 13 juillet 1888.

Scanzoni. *Maladies des organes sexuels de la femme*. Paris, 1851.

Schræder (Carl). *Malad. des org. génit. de la femme*. 3^e édit. franc., 1899.

Simon. *Beitr. z. klin. Chir.*, (IV, 1889; *Berl. klin. Wochenschr.*, 1875; *Mon. f. Gyn.*, XIV.

Simpson. *Carcinoma cervicis uteri et orificii urethræ terminating fatally by rupture of the uterus. Edinburgh medical Journal*. Jan., 1879, p. 453.

Sinety (de). *Manuel pratique de gynécologie*. Paris, 1879.

- Tate (Walter W.-H.).** Three cases of pyometra complicating cancer of the cervix uteri. *Trans. obst. soc. Lond.*, XXXIX, 18 oct. 1897.
- Thomas (G.).** *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit par LUTAUD, Paris, 1879.
- Vautrin.** *Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 33.
- Vigarous.** *Cours élémentaire des maladies des femmes*, Paris, 1801.
- Wrach.** *St-Petersbourg*, 1886, VII, 253, grammaticat.
- Weiss.** *Revue médicale de l'Est*, p. 744, 1892.
- Wyder.** *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1890, p. 464.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
Définition et Historique.....	9
Etiologie.....	13
Pathogénie.....	18
Anatomie pathologique.....	27
Symptômes et formes cliniques. — Evolution et pronostic..	32
§ 1. — Pyométrie latente.....	33
§ 2. — Pyométrie intermittente.....	33
§ 3. — Pyométrie à forme douloureuse.....	34
Diagnostic.....	39
Traitement.....	41
CONCLUSIONS.....	45
OBSERVATIONS.....	47



Travail exécuté en commandite par des ouvriers syndiqués

SAINT-BRIEUC. — Typ. F. GUYON — (1639-6-7)

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

